

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE DE DOCTORAT PRÉSENTÉE À  
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR  
CATHERINE JOANIS-SIROIS

INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE ET ANXIÉTÉ SOCIALE AUPRÈS DE  
PATIENTS ANXIEUX RÉFÉRÉS EN CLINIQUE SPÉCIALISÉE

NOVEMBRE 2018

## Composition du jury

Intolérance à l'incertitude et anxiété sociale auprès de patients anxieux référés en  
clinique spécialisée

Catherine Joanis-Sirois

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Patrick Gosselin, directeur de recherche

(Département de psychologie, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université de  
Sherbrooke)

Marie Papineau, membre du jury

(Département de psychologie, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université de  
Sherbrooke)

Josée Rhéaume, membre externe du jury

(Unité de Thérapie Cognitive-Comportementale, Site Hôtel-Dieu de Lévis, CISSS de  
Chaudière-Appalaches)

## Sommaire

Le trouble d'anxiété sociale (phobie sociale) est l'un des troubles psychologiques les plus fréquents dans la population nord-américaine. Sa prévalence à vie varie entre 7 % et 14 % (Kessler et al., 2005), ce qui en ferait le quatrième trouble psychiatrique le plus fréquent. Pourtant, ce trouble demeure sous-traité et peu d'études portent sur ses facteurs explicatifs, de développement et de maintien, rendant l'identification des cibles de traitement peu accessibles. Récemment, des études ont identifié un lien entre l'intolérance à l'incertitude (II) et l'anxiété sociale. Toutefois, aucune étude clinique ayant contrôlé la comorbidité et le diagnostic différentiel n'a encore étudié le lien entre ces deux variables. Cette étude quantitative vise à poursuivre l'étude du lien entre diverses dimensions de l'II et les symptômes, dimensions et le diagnostic du trouble d'anxiété sociale, auprès d'une population clinique. L'II a été mesurée par l'Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude (III; Gosselin et al., 2008). Les symptômes et dimensions de symptômes d'anxiété sociale ont été mesurés par l'Inventaire de Phobie Sociale (IPS; Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, & Weisler, 2000; traduction française : Charrette, Léveillé, O'Connor, Pélissier, & St-Jean-Trudel, 2003). Les participants de cette étude sont 242 patients adultes de l'Unité de Thérapie Cognitive-Comportementale (UTCC) du Centre de psychiatrie du CISSS de Chaudière-Appalaches (site Hôtel-Dieu de Lévis), référés par un psychiatre pour un trouble anxieux ou de l'humeur. Afin de vérifier la présence de liens entre les construits d'II et les symptômes de phobie sociale et afin de prédire les symptômes d'anxiété sociale et les sous-dimensions de symptômes, des analyses de corrélations de Pearson et de régressions multiples hiérarchiques ont été réalisées. Les

analyses de régressions multiples montrent que certaines dimensions d'II sont spécifiquement associées à l'anxiété sociale. L'évitement des incertitudes, le doute en situations incertaines et l'intolérance aux imprévus sont associés à des symptômes ou dimensions de symptômes de phobie sociale plus élevés. La recherche de réassurance en situation d'incertitude est quant à elle associée à moins de symptômes comportementaux de phobie sociale. Afin de comparer des patients avec un diagnostic primaire de phobie sociale, sans autre trouble anxieux diagnostiqué, à ceux avec un autre trouble anxieux primaire, sans phobie sociale, sur le plan de l'II, des tests *t* ont aussi été réalisés. Les résultats sont présentés dans cette étude. La présente recherche contribue à identifier de nouvelles cibles de traitement possiblement pertinentes pour le trouble d'anxiété sociale, notamment l'intolérance aux imprévus, l'évitement des incertitudes et le doute en situations incertaines. Cela s'avère un apport pour les psychologues et les professionnels de la santé intervenant auprès de clientèles anxieuses.

Mots clés : Anxiété sociale, phobie sociale, intolérance à l'incertitude, peur du jugement négatif, sensibilité à l'anxiété, troubles anxieux

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	7
Anxiété sociale .....	8
Définition du trouble d'anxiété sociale.....	8
Facteurs explicatifs de l'anxiété sociale .....	10
Intolérance à l'incertitude.....	12
Définitions de l'intolérance à l'incertitude .....	12
Le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans les troubles anxieux .....	15
Liens entre l'intolérance à l'incertitude et l'anxiété sociale.....	18
Objectifs et hypothèses.....	23
Méthode.....	25
Déroulement et participants.....	26
Considérations éthiques.....	29
Instruments de mesure.....	30
Informations sociodémographiques.....	30
Mesure d'intolérance à l'incertitude .....	30
L'Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude.....	30
Questionnaires sur les symptômes anxieux .....	31
L'Inventaire de Phobie Sociale .....	31
Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété.....	32
L'Inventaire des Obsessions et des Compulsions-Révisé .....	32
Le Questionnaire des Sensations Physiques .....	33
Autres questionnaires sur les processus cognitifs associés à l'anxiété sociale.....	33
L'Échelle de Peur du Jugement Négatif d'Autrui.....	33

L'Index de Sensibilité à l'Anxiété .....	34
Résultats .....	35
Analyses préliminaires .....	36
Analyses principales .....	39
Corrélations entre les variables à l'étude .....	39
Prédiction des symptômes et dimensions de l'anxiété sociale .....	42
Identification des variables pertinentes à contrôler.....	42
Vérification du rôle prédictif de l'II.....	45
Prédiction des symptômes globaux de phobie sociale .....	45
Prédiction de la dimension cognitive de l'anxiété sociale.....	53
Prédiction de la dimension comportementale de l'anxiété sociale.....	56
Prédiction de la dimension physiologique de l'anxiété sociale.....	58
Comparaison de la phobie sociale aux autres troubles anxieux primaires .....	59
Discussion .....	62
Retour sur les objectifs et hypothèses de recherche .....	63
Liens entre les dimensions d'II et les symptômes et dimensions d'anxiété sociale .....	64
Tendance générale à considérer les incertitudes inacceptables.....	64
Manifestations spécifiques de l'II .....	69
L'évitement des incertitudes.....	70
Le doute en contexte d'incertitude .....	74
La recherche de réassurance en contexte d'incertitude .....	75
Comparaison de groupes.....	81
Forces et limites.....	83
Implications scientifiques et cliniques.....	87
Implications scientifiques .....	87
Implications cliniques .....	88
Conclusion .....	92
Références .....	97
Appendice A : Questionnaire d'informations générales .....	107
Appendice B : Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude.....	110

Appendice C : Inventaire de Phobie Sociale.....	113
Appendice D : Questionnaire sur l’Inquiétude et l’Anxiété.....	115
Appendice E : Inventaire des Obsessions et des Compulsions-Révisé.....	117
Appendice F : Questionnaire des Sensations Physiques .....	119
Appendice G : Échelle de Peur du Jugement Négatif d’Autrui .....	121
Appendice H : Index de Sensibilité à l’Anxiété.....	123

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Distribution des participants selon les variables sociodémographiques et l'évaluation psychologique.....	28
2	Description des variables et cohérence interne des instruments de mesure pour l'échantillon.....	37
3	Corrélations de Pearson entre les variables.....	40
4	Corrélations de Pearson entre les sous-dimensions de l'III et les autres variables.....	41
5	Prédiction des symptômes et dimensions de phobie sociale à partir des variables autres que l'II – Sélection des variables pertinentes pour les analyses principales.....	44
6	Prédiction des symptômes et dimensions d'anxiété sociale (IPS total et sous-échelles) en utilisant les construits d'II (scores totaux et sous-échelles des parties A et B de l'III).....	46
7	Moyennes et écarts-types aux scores totaux et aux sous-échelles des parties A et B de l'III pour les différents groupes cliniques.....	61



## **Remerciements**

Je souhaite d'abord remercier du fond du cœur mon directeur de thèse, Patrick. Je ne compte plus le nombre de fois où j'ai dit à mon entourage à quel point je me considère chanceuse de t'avoir eu comme directeur de thèse. Merci d'être si humain, simple et bienveillant. Merci pour tes corrections et propositions constructives, pour tes encouragements et ton aide si précieuse, du début à la fin de ma rédaction de thèse doctorale. Après chacune de nos rencontres, je sentais un nouvel élan de confiance et de motivation. Ça m'a grandement aidée à me rendre jusqu'à la ligne d'arrivée. Merci Patrick d'avoir contribué à rendre ce processus de thèse plus agréable, par ton support, ta présence, ton côté rassurant et tes anecdotes amusantes, lors de nos rencontres.

Je souhaite aussi remercier Josée, du CISSS de Chaudière-Appalaches, d'avoir accepté cette belle collaboration. Sans toi, cette thèse n'aurait pas pu voir le jour. Merci pour ton dévouement et ton aide.

Je veux remercier mes belles amies du doctorat, Franke, Laurie et Anne-Marie, d'avoir partagé avec moi de nombreux vendredis à « thèser » ensemble. Merci pour votre support moral du début à la fin. Un merci spécial à Franke. Merci d'avoir été si présente, de m'avoir aidée, rassurée, encouragée. Merci pour nos éclats de rire et nos moments de « récompenses » à regarder nos séries ensemble et à se sucrer le bec, après avoir « thèser ». Ça a rendu ce processus bien plus agréable et, mine de rien, ces beaux moments vont me manquer. Je remercie aussi toute ma cohorte du doctorat : ensemble, on en a traversé des moments, et je n'aurais pas pu souhaiter une plus belle cohorte. Merci d'avoir été là.

J'aimerais aussi remercier Mélanie d'avoir été une personne si significative dans mon parcours doctoral, depuis le début de mon internat, jusqu'à la fin de ma rédaction de thèse. Merci pour tes encouragements et ta présence si bienveillante, saine et ajustée. Ça m'a donné de l'énergie et de la confiance pour compléter ma thèse de doctorat.

Je remercie particulièrement mon amoureux Simon, pour son amour et sa présence constante. Merci de m'avoir tellement soutenue et supportée, malgré toutes les montagnes russes émotionnelles qu'implique le processus de thèse de doctorat. Merci d'avoir été là dans mes périodes de doute, d'anxiété, de découragement et merci d'avoir été là pour partager avec moi mes réussites et mes joies. Je veux aussi remercier mes amis de « *la commune* » d'avoir contribué à mon équilibre mental et de m'avoir aidée à « décrocher » dans les moments où j'en avais besoin.

Je veux finalement dire un merci spécial à mes parents. Merci de m'aimer inconditionnellement, de croire en moi, de me supporter et de m'encourager depuis le début de ma vie jusqu'à aujourd'hui. Vous avez grandement contribué à ce que je complète ce beau parcours doctoral.

## **Introduction**

Le trouble d'anxiété sociale (phobie sociale), qui se caractérise principalement par une peur persistante et intense d'une ou de plusieurs situations sociales dans lesquelles l'individu peut être exposé à l'observation d'autrui (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e éd.; American Psychiatric Association [APA], 2013) est l'un des troubles psychologiques les plus fréquents dans les populations occidentales nord-américaines. Sa prévalence à vie varierait entre 7 % et 14 % (Kessler et al., 2005), ce qui en ferait le quatrième trouble psychiatrique le plus fréquent, après la dépression majeure, la dépendance à l'alcool et les phobies spécifiques (Turk, Heimberg & Magee, 2008).

Il est associé à plusieurs répercussions pour les individus qui en souffrent, affectant leur qualité de vie. Plus précisément, il a un impact négatif sur leur fonctionnement social et leurs relations sociales, dont les sphères amicale et amoureuse, leurs réalisations scolaires et professionnelles et leur santé psychologique/émotionnelle et physique générale (Kessler, 2003; Lecrubier et al., 2000; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller & Liebowitz, 2000). Par exemple, Wittchen et al. (2000) ont observé, en comparant des participants présentant un diagnostic de phobie sociale à des participants sans trouble anxieux, mais présentant un souci de santé récurrent, que les individus souffrant de phobie sociale rapportent un plus haut taux d'absentéisme au travail, une baisse de productivité au travail et un plus haut taux de chômage, ont plus de difficultés à initier ou maintenir des relations durables, ont moins d'amis que souhaité, sont plus souvent pas en couple ou

divorcés, rapportent plus de douleurs physiques et moins de vitalité, comparativement aux individus sans phobie sociale. La phobie sociale apparaît souvent dès l'enfance, l'adolescence ou au début de l'âge adulte, à un âge où l'aisance sociale est essentielle pour l'établissement des réseaux relationnels et pour la réalisation des projets scolaires et professionnels (Pelissolo, 2012; Wittchen et al., 2000). Par exemple, Wittchen et al. (2000) ont observé, auprès de 150 participants avec une situation de phobie sociale, qu'à l'âge de 20 ans, environ 70 % des participants avaient déjà rempli les critères diagnostics de la phobie sociale, tels que rapportés par ceux-ci. Ces auteurs ont aussi observé que le sommet où les symptômes sont à leur plus haute intensité, chez l'individu qui en souffre, est généralement au début de l'âge adulte (vers 26 ans, en moyenne; Wittchen et al., 2000), à un moment de la vie nécessitant des prises de décisions importantes, entre autres pour les sphères professionnelle et sociale. Par ailleurs, Lieb et ses collaborateurs (2000) ont observé, auprès de 1047 participants, que les enfants de parents avec un trouble d'anxiété sociale sont plus à risque de le développer eux-mêmes, bien que plusieurs autres facteurs familiaux soient impliqués. Le trouble d'anxiété sociale a aussi des conséquences sociétales importantes (p. ex., augmentation des coûts sociaux), entre autres en lien avec la baisse de productivité au travail, le taux de chômage et l'utilisation des services de santé (Acarturk et al., 2009; Lecrubier et al., 2000; Pelissolo, 2012). Par exemple, Acarturk et al. (2009) ont observé, auprès de 4879 participants, en comparant les coûts sociaux (notamment les coûts en services de santé et les coûts découlant des pertes de production) pour les individus avec un diagnostic de phobie sociale aux coûts sociaux pour les individus sans trouble psychologique, que les coûts sociaux annuels sont significativement

plus élevés pour les individus avec un diagnostic de phobie sociale.

La phobie sociale est souvent une condition psychologique qui perdure dans le temps, au long de la vie, lorsqu'elle n'est pas traitée par une aide professionnelle (Wittchen et al., 2000). Bien qu'il semble y avoir une augmentation progressive des demandes de prise en charge pour la phobie sociale depuis les dernières années, en raison d'une meilleure information du grand public, il s'agit d'une situation psychologique pourtant peu traitée et mal reconnue par le système de santé (Pelissolo, 2012; Wittchen et al., 2000). Wittchen et ses collègues (2000) ont notamment observé auprès de 150 participants que seulement le tiers des personnes souffrant de phobie sociale recevrait un traitement ou une aide professionnelle en lien avec cette condition. Selon Kessler (2003), il se pourrait que les personnes souffrant d'anxiété sociale soient réticentes à aller chercher de l'aide, par la nature de leur trouble (p. ex., sentiment d'embarras, peur du jugement), tant en lien avec leur situation psychologique que pour des maux physiques, les mettant plus à risque de problèmes ou d'aggravation de symptômes de santé psychologique et générale.

Le trouble d'anxiété sociale est aussi associé à un haut taux de comorbidité (p. ex., avec anxiété généralisée, trouble panique, dépression, abus de substance), ce qui augmente son interférence et les coûts associés (voir Acarturk et al., 2009). Lecrubier et al. (2000) ont notamment répertorié que 70 % à 80 % des individus avec un diagnostic de phobie sociale rencontreraient les critères diagnostiques d'au moins un autre trouble

psychologique. C'est généralement la phobie sociale qui précède la survenue des autres troubles comorbides (APA, 2013). Par exemple, Wittchen et al. (2000) ont observé auprès de 51 participants présentant une situation de phobie sociale avec comorbidité que, dans plus de 80 % des cas, la phobie sociale avait précédé d'au moins un an les autres troubles psychologiques comorbides. Bref, la phobie sociale a des conséquences individuelles, collectives et socio-économiques notables et il est nécessaire de mieux la comprendre, afin de mettre en place des interventions les plus ajustées et complètes possibles auprès des individus qui en souffrent.

Peu d'études ont toutefois porté sur les facteurs explicatifs de la phobie sociale, limitant la compréhension des facteurs contribuant à son développement et son maintien ou l'identification des cibles d'intervention. Des auteurs ont identifié des vulnérabilités cognitives comportementales pertinentes, telles que la peur du jugement négatif (p. ex., Rapee & Heimberg, 1997; Weeks et al., 2005) et la sensibilité à l'anxiété (p. ex., Rodriguez, Bruce, Pagano, Spencer, & Keller, 2004). Des travaux plus récents suggèrent aussi que l'intolérance à l'incertitude (II) pourrait être une variable à considérer pour mieux comprendre l'anxiété sociale (p. ex., Boelen & Reijntjes, 2009; Carleton, Collimore, & Asmundson, 2010; Teale Sapach, Carleton, Mulvogue, Weeks, & Heimberg, 2015). Dans ces études, l'II est ressortie comme étant associée à plus de symptômes d'anxiété sociale. La nature des échantillons utilisés (c.-à-d., presque tous non cliniques) ainsi que d'autres facteurs méthodologiques (p. ex., absence de contrôle pour la comorbidité et pour le diagnostic différentiel) limitent toutefois la validité des résultats.

Notons aussi que, lors du traitement de l'anxiété sociale, l'ampleur de la diminution observée sur le plan de l'II prédirait la diminution des symptômes après traitement (Mahoney & McEvoy, 2012). Afin de contribuer à une meilleure compréhension de la phobie sociale, cette thèse vise à poursuivre l'étude du rôle de l'II dans l'explication de l'anxiété sociale, auprès d'une population clinique.

Cette thèse doctorale se divise en cinq sections. La première présente le contexte théorique, incluant une revue des écrits portant sur les principales variables à l'étude. Les définitions et les conceptualisations de l'anxiété sociale et de l'II y sont exposées et des recherches empiriques ayant étudié leur lien y sont résumées et critiquées. Cette section se termine par la présentation des objectifs et hypothèses de recherche. La deuxième section décrit la méthode utilisée pour cette étude. Le déroulement, les participants, les considérations éthiques ainsi que les instruments de mesure privilégiés pour cette étude y sont exposés. La troisième section présente les résultats issus des analyses préliminaires et principales réalisées avec les variables à l'étude. La quatrième section présente la discussion des résultats. Elle présente des pistes d'explications possibles des principaux résultats ainsi que des idées de recherches futures, en tenant compte d'écrits scientifiques disponibles. Elle expose aussi les forces et limites de l'étude ainsi que ses retombées scientifiques et cliniques. Enfin, la cinquième section présente la conclusion de cette étude.



## **Contexte théorique**

Le présent chapitre présente une revue des écrits scientifiques sur lesquels s'appuie cette étude doctorale. Il présente d'abord une définition du trouble d'anxiété sociale ainsi que des modèles théoriques et des travaux empiriques l'ayant étudié, incluant les principaux facteurs cognitifs et comportementaux explicatifs de l'anxiété sociale, ayant été identifiés jusqu'à maintenant. Ensuite, y sont présentés les définitions de l'II ainsi qu'un résumé des principaux travaux empiriques ayant fait ressortir des liens entre l'II et les troubles anxieux, exposant plus en détail ceux ayant fait ressortir des liens entre l'II et l'anxiété sociale. Finalement, ce chapitre souligne la pertinence de poursuivre les études sur le sujet ainsi que les objectifs et hypothèses de recherche de la thèse de D.Ps.

## **Anxiété sociale**

### **Définition du trouble d'anxiété sociale**

Le trouble d'anxiété sociale est défini par une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales dans lesquelles l'individu peut être exposé à l'observation d'autrui (APA, 2013). Ces situations incluent des interactions sociales (p. ex., avoir une conversation), être observé (p. ex., en train de manger) et des situations de performance (p. ex., faire un discours). Lorsque l'individu est exposé à de telles situations, il craint alors d'être jugé négativement (p. ex., être jugé comme anxieux, faible, fou, stupide, ennuyeux, intimidant, sale ou antipathique), d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété (p. ex., rougir, trembler, transpirer). Certaines personnes ont peur d'offenser les

autres ou d'être rejetées. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou anxiété intense. L'évitement peut être vaste (p. ex., ne pas aller à des fêtes, refuser d'aller à l'école) ou subtil (p. ex., préparer de façon excessive le texte d'un discours, détourner l'attention sur les autres, limiter les contacts visuels). La peur ou l'anxiété est jugée disproportionnée par rapport à la menace réelle. Enfin, ces symptômes entraînent une souffrance ou nuisent au fonctionnement (APA, 2013).

Des modèles empiriques proposent plus spécifiquement trois catégories de symptômes d'anxiété sociale, soit cognitifs, comportementaux et physiologiques (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997). Ceux-ci sont à la base du développement du *Social Phobia Inventory* (SPIN; Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, & Weisler, 2000), un des outils fréquemment utilisés pour la phobie sociale et qui décèle ces trois dimensions (Antony, Coons, McCabe, Ashbaugh, & Swinson, 2006; Radomsky et al., 2006). La dimension cognitive des symptômes d'anxiété sociale réfère à la peur des situations sociales (p. ex., avoir peur des fêtes ou des événements sociaux, des personnes en position d'autorité, de parler à des étrangers, d'être observé, embarrassé ou critiqué); la dimension comportementale des symptômes d'anxiété sociale réfère à l'évitement de telles situations sociales (p. ex., éviter de parler à des étrangers, d'aller dans des fêtes, de parler en public, d'être le centre de l'attention, de parler à l'autorité ou d'être critiqué); et finalement la dimension physiologique des symptômes d'anxiété sociale réfère aux manifestations physiologiques d'inconfort ressenti en de telles situations sociales (p. ex., rougir, transpirer, avoir des palpitations ou trembler devant les autres; Connor et al., 2000;

Radomsky et al., 2006).

### **Facteurs explicatifs de l'anxiété sociale**

Des recherches ont porté sur les aspects cognitifs du trouble, comprenant la perception du public, la vision biaisée de soi, la peur du jugement négatif (PJN), ainsi que sur des aspects comportementaux, tels que les comportements sécurisants (p. ex., Clark & Wells, 1995; Hofmann, 2007; Moscovitch, 2009; Rapee & Heimberg, 1997). Elles ont confirmé que la PJN est une composante fondamentale de l'anxiété sociale. Par exemple, Weeks et al. (2005) ont observé auprès de 165 participants avec un diagnostic primaire de phobie sociale que la peur du jugement négatif est associée à plus de symptômes de phobie sociale. Ces chercheurs ont aussi observé, en comparant les participants avec une phobie sociale primaire à un groupe contrôle de participants sans trouble anxieux, que ceux avec un diagnostic primaire de phobie sociale présentent des scores significativement plus élevés de peur du jugement négatif (Weeks et al., 2005). Cela appuie le fait que la PJN distingue les individus avec une phobie sociale primaire des individus sans trouble anxieux. La peur du jugement négatif est définie comme une appréhension face aux évaluations d'autrui, une attente qu'autrui portera des jugements négatifs sur soi et une détresse face à de tels jugements négatifs (Watson & Friend, 1969). La PJN se rapporte au sentiment de crainte associée au fait d'être jugé défavorablement en anticipant ou en participant à une situation sociale, alors que l'anxiété sociale concerne les réactions affectives liées aux situations (Weeks et al., 2005).

Selon les modèles proposés, l'anxiété sociale serait, en partie, une réponse à la peur du jugement négatif perçu (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997). Les individus socialement anxieux supposeraient que le jugement négatif est probable dans toute situation sociale (Rapee & Heimberg, 1997) et manifesteraient une attention sélective face aux signes probables de jugements négatifs (Asmundson & Stein, 1994). Ils évalueraient leurs comportements en situations sociales plus négativement que ne le font des observateurs (Lundh & Sperling, 2002; Rapee & Lim, 1992), surestimeraient la probabilité de jugements négatifs, ainsi que les conséquences de tels jugements (Clark & Wells, 1995; Foa, Franklin, Perry, & Herbert, 1996; Hofmann, 2007; Moscovitch, 2009; Rapee & Heimberg, 1997). Enfin, les individus socialement anxieux émettent plusieurs comportements subtils visant à éviter une évaluation négative potentielle (Wells et al., 1995). Mattick et Peters (1988) ont observé que des changements dans la PJN prédisent la réponse au traitement de la phobie sociale. Plus spécifiquement, un changement dans l'estimation des conséquences des jugements négatifs, plutôt que seulement dans l'estimation des probabilités de tels jugements, prédit la réponse au traitement (Foa et al., 1996; Hofmann, 2004).

La sensibilité à l'anxiété a aussi été identifiée comme un facteur explicatif lié aux symptômes de phobie sociale. Par exemple, Rodriguez et ses collègues (2004) ont observé, auprès de 206 participants présentant divers troubles anxieux, dont 60 présentant un diagnostic de phobie sociale, que la sensibilité à l'anxiété est associée à plus de symptômes de phobie sociale. La sensibilité à l'anxiété se définit comme la crainte que

les symptômes anxieux (p. ex., des palpitations cardiaques) aient des conséquences néfastes comme d'entraîner la maladie, l'embarras ou davantage d'anxiété (Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986; Taylor, 1999). Elle comporte trois dimensions : (1) la dimension somatique, soit la peur des sensations physiques d'anxiété (p. ex., peur que des palpitations mènent à un arrêt cardiaque), (2) la dimension cognitive, soit la peur de la perte de contrôle cognitif (p. ex., peur que les symptômes anxieux mènent à la folie), et (3) la dimension sociale, soit la peur de l'observation publique des symptômes d'anxiété (p. ex., peur que les symptômes observables, tels que des tremblements, mènent à l'humiliation ou au rejet; Carleton, Abrams, Asmundson, Antony, & McCabe, 2009; Taylor et al., 2007; Zinbarg, Barlow, & Brown, 1997). La dimension sociale a été la plus fortement liée à la phobie sociale auprès d'échantillons cliniques (p. ex., Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009; Rodriguez et al., 2004) et non cliniques (Carleton et al., 2010).

Récemment, des liens ont aussi été établis entre l'intolérance à l'incertitude (II) et l'anxiété sociale. Des études montrent qu'elle semble jouer un rôle significatif dans la prédiction, le maintien et la sévérité des symptômes (p. ex., Boelen & Reijntjes, 2009; Carleton et al., 2010; Mahoney & McEvoy, 2012). Selon Carleton, Sharpe et Asmundson (2007b), l'II serait l'une des variables les plus fondamentales reliées aux troubles anxieux.

### **Intolérance à l'incertitude**

#### **Définitions de l'intolérance à l'incertitude**

À un niveau plus général, l'II est définie comme la façon dont un individu perçoit

l'information dans des situations incertaines et répond à cette information avec un ensemble de réactions cognitives, émotionnelles et comportementales (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Elle conduirait à l'incapacité d'agir devant une situation incertaine (Dugas et al., 2005a), à la tendance à percevoir des problèmes, même là où il n'y en a pas réellement, et à une résolution de problèmes inefficace (Freeston et al., 1994). Cette définition est à la base de l'*Intolerance of Uncertainty Scale* (IUS, 27 items; Freeston et al., 1994) qui a ensuite été abrégée (IUS-12, 12 items) par Carleton, Norton et Asmundson (2007a).

Dans leur travail sur l'instrument, Carleton et al. (2007a) ont présenté deux dimensions sous-tendant les items de l'IUS. La première, la dimension *prospective*, constituerait une dimension cognitive de l'II (p. ex., les événements imprévus me dérangent beaucoup), traduisant un désir de prévisibilité et un engagement actif dans la recherche de certitude. La deuxième, la dimension *inhibitrice*, constituerait la dimension comportementale de l'II (p. ex., le moindre doute peut m'empêcher d'agir) traduisant la paralysie de la cognition et de l'action dans le contexte d'incertitude (Birrell, Meares, Wilkinson, & Freeston, 2011; Hale et al., 2016).

En 2001, Dugas, Gosselin et Ladouceur ont précisé la définition du construit en le distinguant de ses manifestations. L'II est alors définie comme la tendance excessive d'un individu à considérer inacceptable la possibilité qu'un événement négatif survienne, indépendamment de sa probabilité d'occurrence et de ses conséquences associées. En

d'autres mots, des individus présentent un seuil de tolérance plus faible face au fait de ne pas être certains de ce qui va se passer dans leur vie. Ils évaluent maintes situations comme étant dérangeantes, voire inacceptables, comparativement aux individus plus tolérants, ce qui est source d'inconforts au quotidien (Dugas et al., 2001b). Cette définition est à la base du développement de l'*Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude* (III, 45 items; Gosselin et al., 2008) qui comprend deux sections. La première section mesure l'II, telle que définie précédemment, en 15 items. Elle comprend trois dimensions cognitives et émotionnelles. La première traduit une difficulté à accepter et tolérer les situations incertaines et le fait que tout ne soit pas déterminé d'avance. La deuxième traduit une tendance à ne pas supporter l'arrivée d'un imprévu et le fait de devoir y faire face. Enfin, la troisième traduit une difficulté à demeurer dans l'attente en situations incertaines et un besoin de vouloir tout savoir dans l'immédiat. La deuxième section de l'instrument, qui contient 30 items, permet d'évaluer six manifestations cognitives et comportementales découlant de l'II : l'évitement, le doute, la surestimation des probabilités, l'inquiétude, le contrôle et la recherche de réassurance. L'évitement traduit l'idée que l'II conduit à éviter les situations incertaines de façon cognitive (p. ex., éviter d'y penser) ou de façon comportementale (p. ex., éviter de s'exposer à de telles situations). Le doute traduit l'idée que l'II conduit à douter de soi-même et des autres. La surestimation des probabilités qu'un événement négatif survienne traduit l'idée que l'II conduit à surestimer les probabilités que des événements négatifs se produiront. L'inquiétude traduit l'idée que l'II conduit à s'inquiéter. Le contrôle traduit l'idée que l'II conduit à vouloir contrôler les situations de la vie pour tenter de diminuer les incertitudes. La recherche de réassurance traduit l'idée



que l'II conduit à chercher à être rassuré par autrui ou à travers différentes sources d'information (Gosselin et al., 2008). Bref, l'III présente l'avantage d'évaluer la tendance excessive d'un individu à considérer les incertitudes comme inacceptables en plusieurs dimensions, en plus d'évaluer distinctement des manifestations ou conséquences cognitives, comportementales ou émotionnelles qui en découlent.

### **Le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans les troubles anxieux**

Les premières études sur les liens entre l'II et les troubles anxieux ont surtout porté sur le trouble d'anxiété généralisée (TAG) (p. ex., Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998; Dugas et al., 2001b; Ladouceur et al., 1999; Ladouceur, Gosselin, & Dugas, 2000). La prévalence du TAG se situe entre 4 % et 8 % au cours d'une vie (Kessler et al., 2005) et les personnes souffrant de TAG présentent souvent d'autres troubles anxieux comorbides, dont la phobie sociale (APA, 2013). Des études non cliniques (Buhr & Dugas, 2006; Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997; Dugas et al., 2001b) et cliniques (Dugas & Ladouceur, 2000; Ladouceur et al., 1999; Ladouceur et al., 2000) montrent que l'II est fortement liée aux inquiétudes et que c'est un prédicteur significatif des symptômes du TAG. Les études cliniques montrent que les individus souffrant d'un diagnostic de TAG présentent des niveaux plus élevés d'intolérance à l'incertitude que ceux avec d'autres troubles d'anxiété, tels que le trouble panique ou la phobie sociale (Ladouceur et al., 1999; Dugas, Marchand, & Ladouceur, 2005b). Par exemple, Dugas et al. (2005b) ont observé, en comparant 17 participants présentant un diagnostic de TAG sans comorbidité à 28 participants présentant un diagnostic de trouble panique sans comorbidité, que les

niveaux d'II étaient plus élevés pour les participants avec un TAG. L'intolérance à l'incertitude distinguerait également les individus présentant des symptômes de TAG clinique et non clinique de ceux présentant des inquiétudes modérées non cliniques (Ladouceur, Blais, Freeston, & Dugas, 1998). En outre, il a été démontré que les changements dans l'intolérance à l'incertitude ont tendance à précéder les changements dans l'inquiétude (Dugas & Ladouceur, 2000). Les études visant à manipuler expérimentalement l'II montrent que l'II semble avoir un effet sur le niveau d'inquiétude ensuite rapporté. Par exemple, l'étude de Ladouceur et ses collaborateurs (2000) a démontré, en comparant deux groupes de 21 participants chacun, que lorsque l'intolérance à l'incertitude est augmentée, cela conduit à une augmentation de l'inquiétude et lorsque l'II est diminuée, cela conduit à une diminution de l'inquiétude. L'intolérance à l'incertitude représente donc un processus cognitif clé impliqué dans la compréhension de l'inquiétude qui est d'ailleurs la principale caractéristique du TAG.

Plusieurs études ont par ailleurs voulu vérifier la spécificité du lien entre l'II et les symptômes du TAG (dont l'inquiétude excessive). Les études non cliniques (Buhr & Dugas, 2006; Dugas et al., 2001b; Dugas et al., 1997; Freeston et al., 1994) ont démontré que, même lorsque d'autres variables associées à l'inquiétude sont contrôlées (p. ex., l'anxiété, la dépression, la sensibilité à l'anxiété, les obsessions/compulsions, l'intolérance à l'ambiguïté, le perfectionnisme, la perception de contrôle), le lien entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude, considéré comme le principal symptôme du TAG, demeure significatif. Ainsi, l'apport unique de l'II dans la prédiction des symptômes

du TAG a été démontré (Dugas et al., 2001b).

Par ailleurs, les chercheurs se sont également intéressés à étudier le lien possible entre l'intolérance à l'incertitude et d'autres troubles anxieux dont le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) (p. ex., Holaway, Heimberg, & Coles, 2006; Sarawgi, Oglesby, & Cogle, 2013; Steketee, Frost, & Cohen, 1998) et le trouble panique (p. ex., Carleton et al., 2014; Dugas et al., 2005b). La prévalence à vie du TOC varie entre 1 % et 2 % et celle du trouble panique varie entre 2 % et 6 % (Kessler et al., 2005). Tous deux présentent un taux de comorbidité élevé avec les autres troubles anxieux, dont la phobie sociale (APA, 2013). Holaway et ses collègues (2006) ont observé, auprès de quatre groupes de participants, présentant soit (1) un TAG sans TOC, (2) un TOC sans TAG, (3) les deux troubles ou (4) aucun des deux, que l'intolérance à l'incertitude est associée aux inquiétudes excessives, aux symptômes du TAG et du TOC, et la force de cette relation ne différerait pas significativement entre les symptômes du TAG et du TOC. De plus, il a été démontré que l'II (mesuré par l'IUS-12) explique une variance spécifique significative des différents symptômes et dimensions du TOC auprès d'une population clinique (Jacoby, Fabricant, Leonard, Riemann, & Abramowitz, 2013) et non clinique (Sarawgi et al., 2013). Par ailleurs, Carleton et al. (2014) ont démontré que l'II explique une variance spécifique significative des symptômes du trouble panique, pour une population clinique de 132 participants présentant un diagnostic primaire de trouble panique, indépendamment de la sensibilité à l'anxiété, considérée comme une variable explicative centrale dans ce trouble.

### **Liens entre l'intolérance à l'incertitude et l'anxiété sociale**

Récemment, des chercheurs se sont intéressés à étudier le lien possible entre l'intolérance à l'incertitude et l'anxiété sociale, incluant le trouble d'anxiété sociale (phobie sociale) (p. ex., Boelen & Reijntjes, 2009; Carleton et al., 2010; Teale Sapach et al., 2015). Des études non cliniques ont montré que l'II serait un prédicteur de l'anxiété sociale (Boelen & Reijntjes, 2009; Carleton et al., 2010; Whiting et al., 2013), indépendamment d'autres variables y étant liées, comme la PJN et la sensibilité à l'anxiété. Boelen et Reijntjes (2009) ont d'abord tenté de vérifier si l'II, mesurée par l'IUS, était un prédicteur significatif des symptômes d'anxiété sociale, après avoir contrôlé l'effet d'autres variables cognitives pertinentes à ce trouble, soit la PJN, la sensibilité à l'anxiété, la faible estime de soi, trois dimensions de perfectionnisme, l'inquiétude pathologique et le névrotisme. Ils ont aussi examiné la spécificité du lien entre l'II et les symptômes du TAG, de la phobie sociale, du TOC et de la dépression, en contrôlant la variance partagée par ces symptômes. Leurs résultats ont montré que l'II permettait de prédire un pourcentage significatif de la variance de l'anxiété sociale, au-delà de celle prédite par les autres variables contrôles, et que seuls le névrotisme, la PJN et l'II apportaient une contribution unique dans la prédiction. Deux régressions supplémentaires utilisant ces dernières variables ont montré que l'II, entrée dans une dernière étape, permettait de prédire 5,4 % de variance additionnelle de l'anxiété sociale, comparativement à la PJN qui, entrée dans une dernière étape, augmentait la variance prédite de 6,6 %. L'ensemble prédisait 52,8 % de la variance. Concernant la spécificité de

l'II, leurs résultats ont montré que les symptômes d'anxiété sociale permettaient de prédire 4,9 % de variance supplémentaire de l'II, après avoir isolé la variance prédite par les symptômes du TAG, du TOC et de la dépression. En d'autres mots, ces résultats confirment que l'II constitue un prédicteur pertinent de l'anxiété sociale et que sa contribution s'avère indépendante de celle d'autres variables cognitives comme la PJN, qui constitue un facteur important pour l'explication de la phobie sociale (voir Weeks et al., 2005).

Deux autres études ont reproduit ces premiers résultats à l'aide de méthodes similaires, en utilisant d'autres mesures ou dimensions de symptômes d'anxiété sociale, dont l'anxiété de performance en situation sociale, l'évitement social et la détresse ressentie (voir Carleton et al., 2010; Whiting et al., 2013). Leurs résultats appuient aussi le rôle de l'II dans la prédiction des symptômes, après avoir contrôlé l'effet d'autres variables cognitives. Ils apportent de surcroît des précisions quant au rôle prédictif des dimensions inhibitrice et prospective de l'II. La dimension inhibitrice de l'IUS-12 a contribué à la prédiction des symptômes d'anxiété sociale dans ces études, alors que la dimension prospective de l'IUS-12 n'a pas contribué à la prédiction. L'évitement et la paralysie liés aux incertitudes pourraient donc être des manifestations plus spécifiques de l'II pour l'anxiété sociale, comparativement au désir de prévisibilité et à l'engagement actif vers la recherche de certitude. Enfin, Carleton et al. (2010) ont observé que les participants de leur échantillon qui présentaient à la fois des symptômes de phobie sociale et de TAG étaient ceux qui présentaient le plus haut niveau d'II, comparativement aux

participants présentant seulement l'un ou l'autre des types de symptômes ou un faible niveau de chacun d'eux. Ceux présentant seulement l'un ou l'autre des types de symptômes (TAG ou phobie sociale) ne différaient pas quant au niveau d'II rapporté, mais présentaient tout de même des niveaux d'II plus élevés que ceux présentant un faible niveau de symptômes anxieux. Ces résultats appuient aussi le lien entre l'II et l'anxiété sociale et suggèrent que les manifestations inhibitrices de l'II (évitement des incertitudes), semblent davantage pertinentes à considérer dans ce trouble. Davantage d'II pourrait par ailleurs être lié à un plus vaste éventail de symptômes chez les participants.

Certains aspects méthodologiques de ces études doivent toutefois être soulignés. D'abord, les résultats proviennent de participants non cliniques. Les différents troubles ont été évalués par questionnaires et aucun diagnostic n'a été réalisé. Les résultats obtenus sont ainsi peu généralisables à la population clinique. Il pourrait y avoir d'importantes différences entre les individus formellement diagnostiqués avec un ou des troubles anxieux, dont la phobie sociale, et les participants des études provenant d'échantillons non cliniques. L'échantillon de Boelen et Reijntjes (2009) comprenait par ailleurs 126 adultes des Pays-Bas et était presque exclusivement composé de femmes (91,3 %). La généralisation est donc limitée. Carleton et al. (2010) recommandent d'utiliser un échantillon clinique, constitué de participants ayant un diagnostic confirmé de phobie sociale, en contrôlant pour la comorbidité dans les études subséquentes et d'utiliser le SPIN (Connor et al., 2000) pour mesurer les sous-types de symptômes d'anxiété sociale distinctement et ainsi voir si l'II contribue à la prédiction de symptômes spécifiques du

trouble. Enfin, Whiting et al. (2013) suggèrent, comme outil de mesure de l'II, d'utiliser l'*Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude* (III; Gosselin et al., 2008).

Teale Sapach et ses collègues (2015) ont ensuite examiné le rôle de quatre variables cognitives dans la prédiction de la phobie sociale, soit la PJN, la peur du jugement positif (PJP), la sensibilité à l'anxiété (dimensions somatique, cognitive, et sociale) et l'II (dimensions prospective et inhibitrice de l'IUS-12). Pour ce faire, ils ont recruté des participants canadiens présentant un diagnostic de phobie sociale, au téléphone. Leurs résultats ont montré que seules la PJN, la PJP, la dimension prospective de l'II et la dimension cognitive de la sensibilité à l'anxiété étaient des prédicteurs significatifs de la phobie sociale. Ces premiers résultats portant sur la contribution de l'II auprès d'un échantillon clinique appuient ceux des études non cliniques. Toutefois, les relations observées entre les deux dimensions de l'IUS-12 et les symptômes de phobie sociale diffèrent de celles des études de Carleton et al. (2010) et de Whiting et al. (2013); Seule la dimension prospective contribue à la prédiction des symptômes de phobie sociale.

Il importe aussi de souligner quelques facteurs méthodologiques inhérents à cette étude. D'abord, seul le module de phobie sociale du *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders* (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002) a été administré pour le diagnostic. Aucun autre trouble n'a été évalué par un intervenant, ce qui n'a pas permis de faire de diagnostic différentiel. Les participants devaient toutefois indiquer que leur anxiété sociale était leur principale difficulté, ce qui a pu être biaisé par

l'objectif de l'étude (désir de bénéficier d'un traitement pour l'anxiété sociale). Les auteurs rapportent par ailleurs un haut taux de comorbidités dans leur échantillon tel qu'observé aux questions d'évaluation sommaire du SCID-I. Cela pourrait notamment expliquer les différences de relation entre les sous-dimensions de l'IUS-12 et la phobie sociale. Considérant ces limites, Teale Sapach et al. (2015) recommandent de poursuivre les études en excluant ou en contrôlant la comorbidité auprès d'échantillons cliniques afin d'approfondir et de mieux élucider le lien entre la phobie sociale et les dimensions de l'II.

Farmer, Gros, McCabe et Antony (2014) ont pour leur part comparé les symptômes d'adultes présentant (1) un diagnostic de phobie sociale seule (sans comorbidité), (2) un diagnostic primaire de phobie sociale avec comorbidité et (3) un diagnostic de phobie sociale secondaire à un autre trouble primaire. Bien que leur but n'était pas d'étudier le rôle de l'II, cette variable a été mesurée à l'aide de l'IUS-12. Leurs résultats n'ont pas permis d'observer de différence significative entre les trois groupes sur le plan de l'II, bien que certains effets étaient près du seuil de signification. Bien que cette étude puisse à première vue suggérer que le niveau d'II ne soit pas lié au statut diagnostique des participants cliniques (phobie sociale seule, primaire avec comorbidité ou secondaire), un manque de puissance et le fait de ne pas avoir tenu compte des diagnostics secondaires spécifiques peut avoir influencé les résultats. Le fait de préciser le diagnostic différentiel et les troubles comorbides permettrait de contrôler l'effet d'autres symptômes liés à l'II et de mieux investiguer son lien avec la phobie sociale.



En résumé, les études semblent, pour la plupart, appuyer le rôle de l'II dans la prédiction de la sévérité des symptômes d'anxiété sociale. En majorité, il s'agit d'études non cliniques, à l'exception de celles de Farmer et al. (2014) et de Teale Sapach et al. (2015), qui n'ont pas évalué les différents troubles présents au sein de leur échantillon. Par ailleurs, la plupart des études ont principalement utilisé l'outil de mesure IUS, court ou long, qui se limite à évaluer les dimensions prospective et inhibitrice de l'II. Aucune étude clinique n'a encore étudié le lien entre l'II et l'anxiété sociale en utilisant l'III (Gosselin et al., 2008), permettant de mesurer l'II selon plusieurs dimensions. Enfin, aucune étude clinique n'a encore examiné le lien entre l'II et l'anxiété sociale en vérifiant l'apport prédictif de l'II sur les trois dimensions de l'anxiété sociale (cognitive, comportementale et physiologique), évaluées par l'*Inventaire de Phobie Sociale* (IPS; Connor et al., 2000; traduction française : Charrette, Léveillé, O'Connor, Pélissier, & St-Jean-Trudel, 2003). Il est donc pertinent de poursuivre les études sur le sujet dans le but de mieux comprendre la nature du lien entre l'II et la phobie sociale, tout en considérant d'autres facteurs contributifs à la prédiction des symptômes d'anxiété sociale et d'autres troubles ou symptômes psychologiques présents.

### **Objectifs et hypothèses**

Cette thèse vise à poursuivre l'étude du lien entre l'II et le diagnostic et les symptômes de phobie sociale auprès d'une population clinique ayant exprimé un besoin d'aide au plan psychologique et ayant été référée par un psychiatre pour des troubles d'anxiété et de l'humeur. Plus précisément, elle vise à (1) vérifier les liens entre, d'une

part, les dimensions d'II (p. ex., difficulté à accepter et tolérer les situations incertaines, difficulté à demeurer dans l'attente, surestimation des probabilités d'occurrence d'un événement, évitement des situations incertaines, doute en présence d'incertitude; Gosselin et al., 2008) et, d'autre part, les symptômes et dimensions (cognitive, comportementale et physiologique) d'anxiété sociale. Elle vise aussi à vérifier l'apport unique de l'II dans la prédiction des symptômes et dimensions d'anxiété sociale après avoir considéré l'effet d'autres facteurs psychologiques (soit la PJN et la sensibilité à l'anxiété). Il est attendu que l'II et ses manifestations seront liées positivement aux symptômes et dimensions d'anxiété sociale, et ce, même après avoir contrôlé l'effet d'autres facteurs pertinents (hypothèse 1). Basé sur les travaux ayant étudié les dimensions inhibitrice et prospective de l'II, il est attendu que certaines sous-échelles de l'III, p. ex., la sous-échelle évitement, seront associées de façon spécifique à l'anxiété sociale et à certaines de ses dimensions (hypothèse 2). Puisqu'aucune étude n'a encore vérifié le lien concernant les dimensions d'anxiété sociale, aucune hypothèse n'est postulée à ce niveau. Concernant la spécificité de l'II, l'étude vise aussi à (2) comparer les patients présentant un diagnostic primaire de phobie sociale (sans TAG, TOC ou trouble panique comorbides) à ceux présentant un autre trouble anxieux primaire, c'est-à-dire un TAG (sans phobie sociale, TOC ou trouble panique comorbides), un TOC (sans phobie sociale, TAG ou trouble panique comorbides) ou un trouble panique avec ou sans agoraphobie (sans phobie sociale, TAG ou TOC comorbides), sur le plan de leurs niveaux d'II. Compte tenu du nombre peu élevé d'études sur ce sujet, cet objectif est traité de façon exploratoire; aucune hypothèse n'est postulée.

## **Méthode**

Cette section présente la méthodologie utilisée pour répondre aux objectifs et hypothèses formulées. Elle inclut des informations sur le déroulement, les participants, les considérations éthiques et les instruments de mesure ayant servi à la collecte de données.

### **Déroulement et participants**

Cette recherche, réalisée selon un plan de recherche corrélationnel transversal, s'intègre au programme spécialisé d'évaluation et de traitement de l'Unité de Thérapie Cognitive-Comportementale (UTCC) du Centre de psychiatrie du CISSS de Chaudière-Appalaches (site Hôtel-Dieu de Lévis). Elle a eu recours à l'utilisation rétrospective de données secondaires d'un projet en cours à l'UTCC, n'ayant pas encore été publié, ciblant le même objectif principal que le présent projet, soit « améliorer la compréhension des troubles anxieux ». Les participants recrutés pour cette étude, représentant un échantillon clinique de 242 adultes ( $N = 242$ ), ont d'abord été référés par un psychiatre, pour une évaluation et un traitement cognitif-comportemental lié à des troubles d'anxiété et d'humeur. Ceux-ci sont âgés entre 18 et 79 ans et la moyenne d'âge est de 39,80 ans ( $\acute{E}T = 13,85$ ). L'échantillon comporte 150 femmes et 92 hommes. La moyenne d'âge est de 38,88 ans ( $\acute{E}T = 13,29$ ) chez les femmes et de 41,29 ans ( $\acute{E}T = 14,65$ ) chez les hommes. Pour ce qui est de l'évaluation globale du fonctionnement (EGF), basée sur le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>e</sup> édition, texte révisé (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2000), la moyenne est de 62,51 ( $\acute{E}T = 7,35$ ),

chez les participants. La majorité des participants de l'étude présente plus d'un diagnostic psychologique : 78,1 % des participants présentent un diagnostic secondaire, 33,9 % présente un diagnostic tertiaire, et 7 % présente un diagnostic quaternaire. Parmi les participants, 65,7 % ont un diagnostic primaire de trouble anxieux (voir le Tableau 1) et 34,3 % ont un diagnostic primaire autre qu'un trouble anxieux. Parmi les diagnostics autres qu'un trouble anxieux, les plus fréquents chez les participants de l'étude sont (a) le trouble dépressif majeur (16,3 %), (b) le trouble d'adaptation, avec humeur dépressive, anxieuse ou mixte (6,3 %), (c) le trouble bipolaire de type 1 ou 2 (5 %) et (d) les troubles de la personnalité (3,7 %). Enfin, la majorité des participants (88,9 %) prennent une médication en lien avec leurs symptômes anxieux ou dépressifs. Les principales médications prises sont des antidépresseurs tricycliques (ATC), des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), des benzodiazépines, des antipsychotiques (typiques et atypiques), des anxiolytiques ou hypnotiques non benzodiazépinés, des stabilisateurs de l'humeur, des anticonvulsivants et d'autres antidépresseurs. Le Tableau 1 présente la répartition des participants selon les différentes variables sociodémographiques.

Pour établir le diagnostic clinique des participants, une première hypothèse est d'abord formulée par un psychiatre, étant ensuite soumise à l'UTCC pour une évaluation approfondie. Ceci permet alors de formuler l'impression diagnostique complète. Les évaluateurs de l'UTCC sont soit des psychologues ou des étudiants, doctorants en

Tableau 1

*Distribution des participants selon les variables sociodémographiques et l'évaluation psychologique*

Variables sociodémographiques	N	%
<b>Tranche d'âge</b>		
18 à 24 ans	37	15,29
25 à 34 ans	61	25,21
35 à 44 ans	54	22,31
45 à 54 ans	51	21,07
55 à 64	28	11,57
65 à 79	10	4,13
Donnée manquante	1	0,41
<b>Scolarité</b>		
Primaire	6	2,5
Secondaire	67	27,7
DEP ou l'équivalent	12	5,0
Collégial	72	29,8
Universitaire	83	34,3
Données manquantes	2	0,8
<b>Statut civil</b>		
Marié(e)	62	25,6
Conjoint(e) de fait	79	32,6
Célibataire	75	31,0
Veuf(ve)	3	1,2
Séparé(e)	11	4,5
Divorcé(e)	11	4,5
Donnée manquante	1	0,4
<b>Présence d'un trouble anxieux selon le DSM-IV-TR<sup>a</sup></b>		
Trouble panique avec ou sans agoraphobie (TP/A)	39 (27)	16,1 (11,2)
Phobie spécifique	7 (5)	2,9 (2,1)
Phobie sociale (PS)	21 (14)	8,7 (5,8)
Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	38 (30)	15,7 (12,4)
Trouble de stress post-traumatique (ESPT)	14 (13)	5,8 (5,4)
État de stress aigu (ESA)	1 (1)	0,4 (0,4)
Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	52 (37)	21,5 (15,3)
Trouble anxieux non spécifié (NOS)	45 (30)	18,6 (12,4)
<b>Quantité de médicaments (en santé mentale)</b>		
0	18	7,4
1	57	23,6
2	84	34,7
3	50	20,7
4	15	6,2
5	7	2,9
6	2	0,8
Données manquantes	9	3,7
<b>Hospitalisation antérieure psychiatrique</b>		
Oui	74	30,6
Non	165	68,2
Données manquantes	3	1,2

<sup>a</sup> Le nombre total de diagnostics pour le trouble est indiqué; (le nombre de diagnostics primaires pour le trouble apparaît entre parenthèses).

psychologie, supervisés par une psychologue de près de 20 ans d'expérience. Les psychologues et étudiants évaluateurs sont formés à l'utilisation d'entrevues structurées et à l'évaluation de troubles anxieux et associés du DSM-IV-TR (APA, 2000). Chaque patient complète une batterie d'instruments standardisés, comportant ceux de la présente étude. Le temps requis pour remplir la batterie de questionnaires est d'environ deux à trois heures au total, sur une période d'environ deux semaines. Les critères d'inclusion des participants sont les suivants : (a) être âgé de 18 ans et plus, (b) avoir été référé à l'UTCC par un psychiatre et (c) présenter un trouble anxieux ou de l'humeur selon le diagnostic posé par le psychologue ou l'étudiant doctorant en psychologie, évaluateur à l'UTCC, basé sur le DSM-IV-TR (APA, 2000). Les patients présentant un trouble psychotique, un déficit cognitif majeur, une déficience intellectuelle ou toute autre raison risquant d'altérer la validité des questionnaires (p. ex., un épisode maniaque non stabilisé), selon l'évaluation faite par l'évaluateur de l'UTCC, ont été exclus.

### **Considérations éthiques**

La procédure utilisée pour cette étude a été approuvée par le comité d'éthique du CISSS de Chaudière-Appalaches (projet 2017-013) et par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke (projet 2017-1491). L'accès aux données utilisées pour la présente étude requiert une demande d'autorisation d'accès aux dossiers des patients à la direction des soins professionnels du Centre de psychiatrie du CISSS de Chaudière-Appalaches (site Hôtel-Dieu de Lévis). Pendant la procédure clinique, les dossiers étaient sous clé et réservés pour assurer la confidentialité. Ensuite, une banque de données

informatique indépendante, avec accès restreint, a été créée où les données sont entièrement dénominalisées et où rien ne permet d'identifier les répondants. Leur nom, date de naissance et adresse ne figurent à aucun endroit dans cette banque. Seuls les chercheurs principaux de l'étude ont accès à cette banque de données informatique et c'est celle-ci qui a été utilisée pour la présente recherche. La procédure, ne consistant qu'à remplir des questionnaires et à être évalué, se situe sous le seuil du risque minimal.

### **Instruments de mesure**

#### **Informations sociodémographiques**

L'âge, le genre, le niveau de scolarité complété et le statut civil sont évalués à l'aide d'un questionnaire sociodémographique. (Voir Appendice A).

#### **Mesure d'intolérance à l'incertitude**

##### **L'Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude (III, 45 items; Gosselin et al., 2008).**

Il évalue la tendance d'un individu à considérer comme inacceptables les incertitudes de la vie. La cotation s'effectue à l'aide d'une échelle Likert en cinq points. Tel que décrit à la section précédente, l'III comprend deux sections. La partie A (15 items) mesure la tendance d'un individu à être intolérant à l'incertitude selon trois dimensions : (1) la difficulté à tolérer les incertitudes, (2) la difficulté à tolérer les imprévus et (3) la difficulté à tolérer l'attente en situations incertaines. La partie B (30 items) mesure six manifestations cognitives et comportementales de l'intolérance à l'incertitude : (1) la surestimation des probabilités, (2) le contrôle, (3) la recherche de réassurance, (4)



l'évitement, (5) l'inquiétude et (6) le doute. Il possède une structure factorielle bien définie, une bonne validité convergente, une fidélité test-retest satisfaisante pour l'ensemble des sous-échelles (cinq semaines;  $r = 0,66$  à  $0,76$ ) et une excellente cohérence interne pour la première section ( $\alpha = 0,96$ ), ainsi que pour la deuxième section ( $\alpha = 0,97$ ; Gosselin et al., 2008). (Voir Appendice B).

### **Questionnaires sur les symptômes anxieux**

**L'Inventaire de Phobie Sociale (IPS, 17 items; Connor et al., 2000; traduction française : Charrette et al., 2003).** Il évalue les symptômes de phobie sociale en trois dimensions, c'est-à-dire (1) la peur (sous-échelle cognitive), (2) l'évitement (sous-échelle comportementale) et (3) les symptômes physiologiques (sous-échelle physiologique), associés à l'anxiété sociale, tels qu'abordés à la section précédente. Il permet d'évaluer un score total pour l'ensemble des symptômes de phobie sociale ainsi qu'un score pour chacune des trois dimensions de symptômes de phobie sociale. La cotation s'effectue à l'aide d'une échelle Likert en cinq points, permettant d'obtenir un score total de 0 à 68, un score à la sous-échelle cognitive de 0 à 24, un score à la sous-échelle comportementale de 0 à 28 et un score à la sous-échelle physiologique de 0 à 16. Un score total de 19 et plus pourrait indiquer la présence d'une phobie sociale (Connor et al., 2000), bien qu'une prudence est de mise dans l'utilisation d'un tel score critère à des fins diagnostiques. L'IPS présente une validité factorielle ainsi qu'une bonne validité convergente et divergente (Radomsky et al., 2006). La fidélité test-retest ( $r = 0,78$  à  $0,89$ ) et la cohérence interne ( $\alpha = 0,82$  à  $0,94$ ) de la version utilisée sont adéquates (Connor et al., 2000). (Voir

Appendice C).

**Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA, 11 items; Dugas et al., 2001a).** Il évalue la présence et l'intensité des symptômes et critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée (TAG), selon le DSM-IV (APA, 1994). Il compte dix items évalués par une échelle de sévérité en neuf points de type Likert variant de 0 à 8 et une question ouverte permettant aux répondants d'identifier leurs principaux thèmes d'inquiétudes. Pour cette étude, un score total a été calculé. Il s'agit d'un score pondéré dans lequel les items cognitifs et d'interférence ont un poids de 1 et les items somatiques ont un poids de 0,5. Les scores de chaque item sont multipliés par leur poids et additionnés pour créer un score total variant entre 0 et 56 (voir Deschênes & Dugas, 2013). Le QIA montre une bonne validité convergente et divergente ainsi qu'une fidélité test-retest satisfaisante (neuf semaines;  $r = 0,75$ ; Dugas et al., 2001a). (Voir Appendice D).

**L'Inventaire des Obsessions et des Compulsions-Révisé (IOC-R, 18 items; Foa et al., 2002; traduction française : Zermatten, Van der Linden, Jermann, & Ceschi, 2006).** Il évalue les symptômes obsessionnels et compulsifs en six sous-échelles. Seul le score total a été utilisé pour la présente étude. La cotation s'effectue à l'aide d'une échelle Likert en cinq points, permettant d'obtenir un score se situant de 0 à 72. L'inventaire présente une fidélité test-retest adéquate (quatre semaines;  $r = 0,70$ ) ainsi qu'une bonne validité convergente, divergente et factorielle (Foa et al., 2002; Hajcak, Huppert, Simons, & Foa, 2004). La version française utilisée montre une cohérence interne satisfaisante ( $\alpha = 0,63$  à  $0,86$ ; Zermatten et al., 2006). (Voir Appendice E).

**Le Questionnaire des Sensations Physiques (QSP, 17 items; Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984; traduction française : Stephenson, Marchand, & Lavallée, 1998).** Il mesure la peur des sensations corporelles associées au trouble panique. La cotation s'effectue à l'aide d'une échelle Likert en cinq points, permettant d'obtenir un score se situant de 17 à 85. Il présente une bonne validité convergente et divergente (Chambless et al., 1984; Stephenson et al., 1998). La validation en français de l'outil révèle une cohérence interne ( $\alpha = 0,89$  à  $0,94$ ) et une fidélité test-retest à un intervalle de 42 jours ( $r = 0,53$ ) satisfaisantes (Stephenson et al., 1998). (Voir Appendice F).

#### **Autres questionnaires sur les processus cognitifs associés à l'anxiété sociale**

**L'Échelle de Peur du Jugement Négatif d'Autrui (PJNA, 12 items; Leary, 1983; traduction française : Kérouack, Boisvert, & Prévost, 1987).** Elle évalue l'appréhension d'être évalué, la détresse face à une évaluation négative, l'évitement des situations d'évaluation et l'attente que les autres émettront un jugement négatif à propos de soi. La cotation s'effectue à l'aide d'une échelle Likert en cinq points, permettant d'obtenir un score se situant de 12 à 60. Elle présente une bonne validité convergente, la cohérence interne de la traduction française est satisfaisante ( $\alpha = 0,94$ ; Musa, Kostogianni, & Lépine, 2004) et la fidélité test-retest est adéquate (quatre semaines;  $r = 0,75$ ; Leary, 1983). (Voir Appendice G).

**L'Index de Sensibilité à l'Anxiété (ISA, 16 items; Reiss et al., 1986; traduction française : Stephenson, Marchand, Lavallée, & Brillon, 1994).** Il mesure la tendance à attribuer des conséquences négatives aux symptômes anxieux aux plans social, physique ou psychologique. La cotation s'effectue à l'aide d'une échelle Likert en cinq points, permettant d'obtenir un score se situant de 0 à 64. La version française présente une bonne validité convergente, une bonne cohérence interne ( $\alpha = 0,87$ ) et une bonne fidélité test-retest (trois semaines;  $r = 0,91$ ; Stephenson et al., 1994). (Voir Appendice H).

## Résultats

Cette section présente les analyses effectuées lors de l'étude ainsi que les résultats pertinents qui en ressortent. Des analyses préliminaires ont d'abord été réalisées afin de vérifier la cohérence interne des instruments utilisés dans la présente étude, les postulats de base à respecter et la pertinence de contrôler pour des variables sociodémographiques lors des analyses principales. Les analyses principales ont ensuite été effectuées afin de répondre aux deux objectifs de l'étude.

### **Analyses préliminaires**

La cohérence interne des instruments de mesure auprès des participants de l'échantillon a été vérifiée. Un alpha de Cronbach de plus de 0,70 représente une cohérence interne adéquate selon les critères de Kline (1999). Tels que présentés dans le Tableau 2, les indices obtenus pour l'ensemble des instruments se situent entre 0,75 et 0,96, ce qui soutient l'acceptabilité de leur cohérence interne et de celle de leurs sous-échelles.

Les postulats de base des analyses nécessaires à la vérification des hypothèses ont aussi été vérifiés et sont respectés. L'ensemble des variables présente des indices d'asymétrie et d'aplatissement se situant entre -1,00 et 1,00, ce qui indique une distribution normale. Le Tableau 2 présente ces indices ainsi que les statistiques descriptives des variables à l'étude. Pour les analyses de régressions (analyses principales), divers indices

Tableau 2

*Description des variables et cohérence interne des instruments de mesure pour l'échantillon*

Variables	Alpha de Cronbach	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum	Asymétrie	Aplatissement
IPS	0,94	28,50	16,28	0	67	0,22	-0,79
IPS-cognitif	0,86	10,48	6,17	0	24	0,17	-0,88
IPS-comportemental	0,89	12,00	7,50	0	28	0,20	-0,99
IPS-physiologique	0,75	6,01	4,01	0	16	0,38	-0,55
QIA	0,85	38,38	9,00	5,5	54,5	-0,66	0,08
OCI-R	0,88	18,11	12,17	0	56	0,98	0,36
QSP	0,93	45,16	15,84	17	85	0,11	-0,89
III-A total	0,95	48,29	14,56	17	75	-0,31	-0,71
III-A incertitude	0,93	28,35	9,02	9	45	-0,23	-0,69
III-A imprévu	0,84	5,88	2,21	2	10	-0,16	-0,86
III-A attendre	0,87	14,07	4,32	4	20	-0,46	-0,74
III-B total	0,96	91,63	27,70	31	147	-0,21	-0,68
III-B surestimation	0,94	15,52	5,92	5	25	-0,22	-1,00
III-B contrôle	0,90	12,95	5,69	5	25	0,37	-0,80
III-B réassurance	0,91	15,83	5,59	5	25	-0,22	-0,94
III-B évitement	0,91	13,93	5,73	5	25	0,10	-1,00
III-B inquiétude	0,90	16,81	5,28	5	25	-0,41	-0,72
III-B doute	0,92	16,56	5,52	5	25	-0,46	-0,69
PJNA	0,90	44,34	9,95	16	60	-0,50	-0,47
ISA	0,90	27,02	13,367	0	59	0,058	-0,597

*Note.* IPS = Inventaire de Phobie sociale; QIA = Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété; OCI-R = Inventaire des obsessions et des compulsions-révisé; QSP = Questionnaire des sensations physiques; III-A = Inventaire d'intolérance à l'incertitude-partie A; III-B = Inventaire d'intolérance à l'incertitude-partie B; PJNA = Échelle de peur du jugement négatif d'autrui; ISA = Index de sensibilité à l'anxiété.

ne montrent pas de problèmes de multicollinéarité. Les nuages de points des régressions standardisées, répartis uniformément, supportent le postulat d'homocédasticité et de linéarité. Enfin, le postulat d'absence de valeurs extrêmes standardisées a été vérifié via les indices de distance de Cook qui sont inférieurs à 1,00.

Des tests *t*, des ANOVAs et des corrélations de Pearson ont été réalisés afin de vérifier la présence de lien entre les variables sociodémographiques et les construits d'anxiété sociale mesurés à l'IPS (total et sous-échelles). Des variables catégorielles sociodémographiques ont été transformées puisque certaines catégories étaient peu ou pas représentées. D'abord, la variable « statut civil » a été regroupée en deux catégories, soit les participants (1) en couple (marié ou conjoint de fait) ou (2) pas en couple (célibataire, veuf, séparé ou divorcé). La variable « médication en santé mentale » a été transformée de façon dichotomique, soit les participants (1) prenant une médication (un à six médicaments) ou (2) ne prenant pas de médication (zéro médicament) et elle a aussi été regroupée en cinq catégories représentant la quantité de médicament utilisée, soit (1) zéro médicament, (2) un médicament, (3) deux médicaments, (4) trois médicaments ou (5) quatre médicaments et plus (quatre à six médicaments). Enfin, la variable « scolarité » a été regroupée en trois catégories pour représenter les participants ayant un niveau de scolarité (1) primaire, secondaire ou un diplôme d'études professionnelles (DEP) ou l'équivalent, (2) collégial ou (3) universitaire.



Aucune de ces analyses ne révèle de liens significatifs entre les variables. Les résultats aux tests  $t$  ne démontrent pas de différence entre les hommes et les femmes ( $t(226) = 0,52$ ;  $p = 0,603$ ), entre les participants en couple ou non ( $t(226) = -1,43$ ;  $p = 0,154$ ) ou entre les participants prenant ou non une médication ( $t(218) = -1,22$ ;  $p = 0,224$ ) sur le plan des symptômes d'anxiété sociale tels que mesurés par le score total de l'IPS. Les ANOVAs ne révèlent aucune différence significative sur le plan des symptômes d'anxiété sociale, selon la scolarité ( $F(2,225) = 1,53$ ;  $p = 0,220$ ) et la quantité de médicaments ( $F(4,215) = 1,26$ ;  $p = 0,287$ ). Enfin, les corrélations ne démontrent pas de lien entre l'âge et les symptômes d'anxiété sociale à l'IPS ( $r = -0,05$ ;  $p = 0,425$ ). Des résultats similaires sont observés en utilisant les scores aux sous-échelles de l'IPS comme variables dépendantes (tous les  $p > 0,05$ ). Les résultats ne sont pas rapportés ici pour alléger le texte, mais sont disponibles sur demande.

## **Analyses principales**

### **Corrélations entre les variables à l'étude**

Des analyses de corrélations de Pearson entre les variables ont été effectuées. Le Tableau 3 présente les liens entre les symptômes et dimensions d'anxiété sociale (score total et sous-échelles de l'IPS), les symptômes d'anxiété généralisée (QIA), les symptômes obsessionnels-compulsifs (OCI-R), les symptômes paniques (QSP), l'II (score total de l'III-A et de l'III-B), la peur du jugement négatif (PJNA) et la sensibilité à l'anxiété (ISA). Le Tableau 4 précise les liens entre chacune des échelles de l'II (sous-échelles de l'III-A et de l'III-B) et le reste des variables, dont les symptômes et les

Tableau 3

*Corrélations de Pearson entre les variables*

Variables	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1-IPS-total	0,951***	0,956***	0,814***	0,397***	0,447***	0,443***	0,324***	0,352***	0,555***	0,571***
2-IPS-cognitif		0,878***	0,689***	0,403***	0,411***	0,395***	0,339***	0,384***	0,609***	0,522***
3-IPS-comportemental			0,666***	0,335***	0,422***	0,339***	0,291***	0,304***	0,500***	0,474***
4-IPS-physiologique				0,363***	0,397***	0,549***	0,251***	0,273***	0,385***	0,629***
5-QIA					0,370***	0,325***	0,370***	0,374***	0,382***	0,448***
6-OCI-R						0,304***	0,439***	0,415***	0,360***	0,489***
7-QSP							0,212**	0,263***	0,194**	0,747***
8-III-A total								0,819***	0,414***	0,335***
9-III-B total									0,434***	0,375***
10-PJNA										0,407***
11-ISA										

*Note.* IPS = Inventaire de Phobie sociale; QIA = Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété; OCI-R = Inventaire des obsessions et des compulsions-révisé; QSP = Questionnaire des sensations physiques; III-A = Inventaire d'intolérance à l'incertitude-partie A; III-B = Inventaire d'intolérance à l'incertitude-partie B; PJNA = Échelle de peur du jugement négatif d'autrui; ISA = Index de sensibilité à l'anxiété.

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ .

Tableau 4

*Corrélations de Pearson entre les sous-dimensions de l'III et les autres variables*

Variables	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-IPS-total	0,290***	0,319***	0,322***	0,255***	0,172*	0,138*	0,471***	0,316***	0,386***
2-IPS-cognitif	0,307***	0,332***	0,330***	0,299***	0,188**	0,184**	0,449***	0,343***	0,428***
3-IPS-comportemental	0,261***	0,294***	0,286***	0,198**	0,145*	0,089	0,462***	0,272***	0,336***
4-IPS-physiologique	0,218***	0,240***	0,266***	0,208**	0,135*	0,108	0,365***	0,250***	0,286***
5-QIA	0,342***	0,339***	0,356***	0,263***	0,241***	0,306***	0,315***	0,351***	0,367***
6-OCI-R	0,400***	0,455***	0,413***	0,309***	0,229***	0,294***	0,379***	0,437***	0,403***
7-QSP	0,166*	0,163*	0,280***	0,274***	0,200**	0,167*	0,242***	0,197**	0,208**
8-III-A incertitude		0,797***	0,796***	0,644***	0,439***	0,658***	0,559***	0,848***	0,685***
9-III-A imprévus			0,690***	0,605***	0,481***	0,608***	0,622***	0,769***	0,645***
10-III-A attendre				0,646***	0,496***	0,623***	0,515***	0,766***	0,667***
11-III-B surestimation					0,513***	0,659***	0,605***	0,731***	0,668***
12-III-B contrôle						0,516***	0,405***	0,539***	0,528***
13- III-B réassurance							0,443***	0,728***	0,698***
14- III-B évitement								0,648***	0,683***
15- III-B inquiétude									0,766***
16-III-B doute									
17-PJNA	0,383***	0,336***	0,420***	0,361***	0,241***	0,313***	0,345***	0,396***	0,480***
18-ISA	0,295***	0,286***	0,362***	0,340***	0,256***	0,241***	0,336***	0,349***	0,325***

*Note.* IPS = Inventaire de Phobie sociale; QIA = Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété; OCI-R = Inventaire des obsessions et des compulsions-révisé; QSP = Questionnaire des sensations physiques; III-A = Inventaire d'intolérance à l'incertitude-partie A; III-B = Inventaire d'intolérance à l'incertitude-partie B; PJNA = Échelle de peur du jugement négatif d'autrui; ISA = Index de sensibilité à l'anxiété.

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ .

dimensions de l'anxiété sociale. Les corrélations appuient les liens entre les construits d'anxiété sociale et les différents construits d'intolérance à l'incertitude ( $r = 0,14$  à  $0,47$ ). Seuls les liens entre le construit d'II recherche de réassurance en contexte d'incertitude et les dimensions physiologique et comportementale d'anxiété sociale n'apparaissent pas significatifs dans les analyses de corrélations initiales ( $r = 0,11$ ;  $r = 0,09$ , respectivement). Elles appuient aussi les liens entre les construits d'anxiété sociale et les autres mesures de symptômes anxieux ( $r = 0,34$  à  $0,55$ ) ainsi qu'avec les mesures de variables cognitives habituellement liées à l'anxiété sociale ( $r = 0,39$  à  $0,63$ ), ce qui justifie de tenir compte de leur effet dans la stratégie d'analyse. Puisque les corrélations entre les sous-échelles de l'IPS entre elles apparaissent comme étant très fortes ( $r = 0,67$  à  $0,88$ ), celles-ci ont été traitées dans des analyses de régressions séparées. Enfin, les corrélations montrent aussi des liens entre les construits d'intolérance à l'incertitude et les mesures des autres troubles anxieux, ce qui justifie de mener également les comparaisons en fonction des diagnostics établis.

### **Prédiction des symptômes et dimensions de l'anxiété sociale**

**Identification des variables pertinentes à contrôler.** Dans un premier temps, les symptômes et dimensions d'anxiété sociale (score total à l'IPS ainsi que les trois sous-échelles) ont été séparément prédits à partir des symptômes des autres troubles anxieux (QIA, OCI-R, QSP; Étape 1) et des variables cognitives associées à l'anxiété sociale, autres que l'II (PJNA, ISA; Étape 2). Le but était de sélectionner les variables pertinentes à contrôler ou considérer pour les modèles de régressions finaux incluant l'II. Le

Tableau 5 présente les résultats. Cette première étape montre que les trois variables de symptômes des autres troubles anxieux prédisent significativement les symptômes et dimensions d'anxiété sociale, tant le score total ( $F(3,167) = 36,60, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,397$ ) que la sous-échelle cognitive ( $F(3,167) = 32,67, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,370$ ), la sous-échelle comportementale ( $F(3,167) = 23,20, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,294$ ) et la sous-échelle physiologique ( $F(3,167) = 36,11, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,393$ ) de l'IPS, lorsqu'elles sont simultanément entrées en première étape de régression. Elles ont donc été sélectionnées pour les modèles finaux de régressions. Les deuxièmes étapes de régressions dans lesquelles les variables cognitives peur du jugement négatif (PJNA) et sensibilité à l'anxiété (ISA) sont simultanément entrées pour prédire le score total de l'IPS ( $F(2,165) = 11,73, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,075$ ) et les sous-échelles de symptômes cognitifs ( $F(2,165) = 17,20, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,109$ ) et comportementaux ( $F(2,165) = 7,46, p = 0,001; \Delta R^2 = 0,059$ ) de l'IPS s'avèrent aussi significatives. Or, seule la variable peur du jugement négatif (PJNA) contribue à la prédiction de ces symptômes. La deuxième étape de régression s'avère aussi significative pour la prédiction de la sous-échelle de symptômes physiologiques de l'IPS ( $F(2,165) = 4,27, p = 0,016; \Delta R^2 = 0,030$ ). Ici, seule la variable cognitive sensibilité à l'anxiété (ISA) est un prédicteur significatif. La PJNA a donc été sélectionnée pour les modèles finaux de régressions visant à prédire le score total, la sous-échelle cognitive et la sous-échelle comportementale de l'IPS, alors que l'ISA a été sélectionné pour les modèles finaux de régressions visant à prédire la sous-échelle physiologique de l'IPS.

Tableau 5

*Prédiction des symptômes et dimensions de phobie sociale à partir des variables autres que l'II – Sélection des variables pertinentes pour les analyses principales*

Variables	IPS-total		IPS-cognitif		IPS-comportemental		IPS-physiologique	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	B
Étape 1	0,397***		0,370***		0,294***		0,393***	
QIA		0,245***		0,284***		0,208**		0,166*
OCI-R		0,357***		0,330***		0,363***		0,256***
QSP		0,248***		0,206**		0,144*		0,409***
Étape 2	0,075***		0,109***		0,059***		0,030*	
QIA		0,118		0,137*		0,096		0,091
OCI-R		0,229***		0,198**		0,252**		0,151*
QSP		0,145		0,136		0,059		0,266**
PJNA		0,276***		0,359***		0,248***		0,097
ISA		0,176		0,121		0,145		0,245*
$R^2$ total	0,472		0,478		0,353		0,423	
$n$	171		171		171		171	

*Note.* IPS = Inventaire de Phobie sociale; QIA = Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété; OCI-R = Inventaire des obsessions et des compulsions-révisé; QSP = Questionnaire des sensations physiques; PJNA = Échelle de peur du jugement négatif d'autrui; ISA = Index de sensibilité à l'anxiété.

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ .

**Vérification du rôle prédictif de l'II.** Afin de poursuivre l'étude du lien entre l'II (scores totaux et sous-échelles de l'III-A et l'III-B) et les symptômes et dimensions d'anxiété sociale (score total et sous-échelles de l'IPS), une série de régressions multiples hiérarchiques a été conduite. Les mesures d'II (scores totaux et sous-échelles) ont été traitées dans des analyses séparées en raison des corrélations parfois fortes entre elles ( $r = 0,41$  à  $0,85$ ; voir Tableaux 3 et 4). Les symptômes et dimensions d'anxiété sociale ont été prédits en contrôlant pour les mesures de symptômes associés à l'anxiété sociale (QIA, OCI-R, QSP; Étape 1). Les mesures d'II (scores totaux et sous-échelles de l'III-A et de l'III-B) ont ensuite été entrées dans l'étape 2, suivie de la mesure cognitive pertinente identifiée à l'étape précédente (soit PJNA ou ISA; Étape 3). Cela permet d'évaluer si l'II prédit significativement les symptômes et dimensions d'anxiété sociale après avoir contrôlé l'effet possible des autres symptômes anxieux, de voir si les autres variables cognitives contribuent toujours à la prédiction ensuite, et de voir si la variable d'II contribue aussi encore à la prédiction, en présence de ces dernières variables. Le Tableau 6 présente les résultats.

***Prédiction des symptômes globaux de phobie sociale.*** Pour ce qui est de la prédiction des symptômes d'anxiété sociale (score total à l'IPS) par les scores totaux et sous-échelles des parties A et B de l'III, les résultats montrent que deux sous-échelles de la partie B de l'III (III-B) semblent jouer un rôle dans sa prédiction, soit le doute en situation d'incertitude et l'évitement des situations incertaines. À la première étape, les

Tableau 6

*Prédiction des symptômes et dimensions d'anxiété sociale (IPS total et sous-échelles) en utilisant les construits d'II (scores totaux et sous-échelles des parties A et B de l'III)*

Variables	IPS-total		IPS-cognitif		IPS-comportemental		IPS-physiologique	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
<b>III-A total</b>								
Étape 1	0,360***		0,339***		0,270***		0,387***	
QIA		0,216**		0,257***		0,176*		0,180**
OCI-R		0,340***		0,318***		0,362***		0,224***
QSP		0,240***		0,200**		0,128		0,412***
Étape 2	0,001		0,007		0,000		0,000	
QIA		0,209**		0,240***		0,174*		0,177*
OCI-R		0,326***		0,285***		0,356***		0,218**
QSP		0,238***		0,195**		0,127		0,411***
III-A tot		0,043		0,097		0,016		0,017
Étape 3	0,080***		0,120***		0,067***		(0,020*)	
QIA		0,113		0,122		0,085		0,134
OCI-R		0,264***		0,210**		0,300***		0,145
QSP		0,252***		0,212***		0,140*		0,260**
III-A tot		-0,035		0,002		-0,055		0,009
PJNA (ISA)		0,332***		0,406***		0,304***		(0,254*)
$R^2$ total	0,442		0,467		0,337		0,407	
$n$	166		166		166		166	
<b>III-A incertitude</b>								
Étape 1	0,360***		0,339***		0,270***		0,387***	
QIA		0,216**		0,257***		0,176*		0,180**
OCI-R		0,340***		0,318***		0,362***		0,224***
QSP		0,240***		0,200**		0,128		0,412***
Étape 2	0,001		0,007		0,000		0,000	
QIA		0,210**		0,242***		0,174*		0,178**
OCI-R		0,329***		0,292***		0,358***		0,220**
QSP		0,239***		0,197**		0,128		0,412***
III-A inc		0,039		0,088		0,014		0,012
Étape 3	0,080***		0,121***		0,066***		(0,020*)	
QIA		0,112		0,121		0,085		0,134
OCI-R		0,261***		0,208**		0,296***		0,147
QSP		0,251***		0,212***		0,138*		0,260**
III-A inc		-0,024		0,011		-0,043		0,004
PJNA (ISA)		0,329***		0,404***		0,300***		(0,255*)
$R^2$ total	0,441		0,467		0,336		0,407	
$n$	166		166		166		166	



Tableau 6

*Prédiction des symptômes et dimensions d'anxiété sociale (IPS total et sous-échelles) en utilisant les construits d'II (scores totaux et sous-échelles des parties A et B de l'III) (suite)*

Variables	IPS-total		IPS-cognitif		IPS-comportemental		IPS-physiologique	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
<b>III-A imprévis</b>								
Étape 1	0,360***		0,339***		0,270***		0,387***	
QIA		0,216**		0,257***		0,176*		0,180**
OCI-R		0,340***		0,318***		0,362***		0,224***
QSP		0,240***		0,200**		0,128		0,412***
Étape 2	0,010		0,019*		0,006		0,002	
QIA		0,200**		0,234***		0,163*		0,173*
OCI-R		0,302***		0,263***		0,330***		0,208**
QSP		0,240***		0,200**		0,128		0,411***
III-A		0,108		0,154*		0,088		0,044
imp								
Étape 3	0,074***		0,114***		0,060***		(0,020*)	
QIA		0,104		0,114		0,077		0,128
OCI-R		0,238***		0,183**		0,273***		0,134
QSP		0,250***		0,212***		0,137		0,260**
III-A		0,055		0,088		0,040		0,042
imp								
PJNA		0,314***		0,391***		0,284***		(0,254*)
(ISA)								
$R^2$ total	0,443		0,473		0,336		0,408	
$n$	166		166		166		166	
<b>III-A attendre</b>								
Étape 1	0,360***		0,339***		0,270***		0,387***	
QIA		0,216**		0,257***		0,176*		0,180**
OCI-R		0,340***		0,318***		0,362***		0,224***
QSP		0,240***		0,200**		0,128		0,412***
Étape 2	0,000		0,002		0,000		0,000	
QIA		0,216**		0,249***		0,180*		0,179**
OCI-R		0,339***		0,302***		0,369***		0,221**
QSP		0,240***		0,194**		0,131		0,411***
III-A att		0,003		0,051		-0,022		0,007
Étape 3	0,087***		0,128***		0,074***		(0,020*)	
QIA		0,115		0,127		0,087		0,135
OCI-R		0,277***		0,227***		0,312***		0,148
QSP		0,262***		0,221***		0,151*		0,260**
III-A att		-0,094		-0,067		-0,111		-0,001
PJNA		0,351***		0,426***		0,323***		(0,255*)
(ISA)								
$R^2$ total	0,447		0,470		0,344		0,407	
$n$	166		166		166		166	

Tableau 6

*Prédiction des symptômes et dimensions d'anxiété sociale (IPS total et sous-échelles) en utilisant les construits d'II (scores totaux et sous-échelles des parties A et B de l'III) (suite)*

Variables	IPS-total		IPS-cognitif		IPS-comportemental		IPS-physiologique	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
<b>III-B total</b>								
Étape 1	0,362***		0,342***		0,270***		0,388***	
QIA		0,219**		0,261***		0,178*		0,182**
OCI-R		0,338***		0,315***		0,360***		0,221**
QSP		0,242***		0,202**		0,129		0,414***
Étape 2	0,010		0,027**		0,005		0,000	
QIA		0,200**		0,230***		0,164*		0,179**
OCI-R		0,305***		0,259***		0,335***		0,218**
QSP		0,230***		0,183**		0,120		0,412***
III-B tot		0,110		0,184**		0,082		0,012
Étape 3	0,069***		0,102***		0,059***		(0,020*)	
QIA		0,110		0,120		0,081		0,137
OCI-R		0,248***		0,191**		0,283***		0,147
QSP		0,248***		0,204***		0,137		0,263**
III-B tot		0,028		0,084		0,006		-0,002
PJNA (ISA)		0,312***		0,378***		0,287***		(0,254*)
$R^2$ total	0,441		0,471		0,334		0,408	
$n$	165		165		165		165	
<b>III-B surestimation</b>								
Étape 1	0,360***		0,339***		0,270***		0,387***	
QIA		0,216**		0,257***		0,176*		0,180**
OCI-R		0,340***		0,318***		0,362***		0,224***
QSP		0,240***		0,200**		0,128		0,412***
Étape 2	0,000		0,009		0,000		0,001	
QIA		0,215**		0,252***		0,177*		0,182**
OCI-R		0,336***		0,295***		0,366***		0,231***
QSP		0,237***		0,183**		0,131		0,419***
III-B sur		0,020		0,101		-0,020		-0,036
Étape 3	0,081***		0,119***		0,069***		(0,021*)	
QIA		0,109		0,123		0,079		0,137*
OCI-R		0,261***		0,205**		0,297***		0,156*
QSP		0,256***		0,207***		0,149*		0,265**
III-B sur		-0,037		0,032		-0,072		-0,050
PJNA (ISA)		0,331***		0,400***		0,305***		(0,263*)
$R^2$ total	0,442		0,467		0,339		0,409	
$n$	166		166		166		166	

Tableau 6

*Prédiction des symptômes et dimensions d'anxiété sociale (IPS total et sous-échelles) en utilisant les construits d'II (scores totaux et sous-échelles des parties A et B de l'III) (suite)*

Variables	IPS-total		IPS-cognitif		IPS-comportemental		IPS-physiologique	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
<b>III-B contrôle</b>								
Étape 1	0,360***		0,339***		0,270***		0,387***	
QIA		0,216**		0,257***		0,176*		0,180**
OCI-R		0,340***		0,318***		0,362***		0,224***
QSP		0,240***		0,200**		0,128		0,412***
Étape 2	0,001		0,004		0,001		0,001	
QIA		0,214**		0,251***		0,174*		0,182**
OCI-R		0,335***		0,305***		0,357***		0,229***
QSP		0,239***		0,196**		0,127		0,414***
III-B con		0,028		0,068		0,025		-0,029
Étape 3	0,081***		0,123***		0,065***		(0,021*)	
QIA		0,110		0,122		0,081		0,137*
OCI-R		0,258***		0,210**		0,288***		0,153*
QSP		0,251***		0,212***		0,138		0,261**
III-B con		-0,025		0,003		-0,022		-0,037
PJNA (ISA)		0,329***		0,406***		0,295***		(0,259*)
$R^2$ total	0,441		0,467		0,335		0,408	
$n$	166		166		166		166	
<b>III-B réassurance</b>								
Étape 1	0,362***		0,342***		0,270***		0,388***	
QIA		0,219**		0,261***		0,178*		0,182**
OCI-R		0,338***		0,315***		0,360***		0,221**
QSP		0,242***		0,202**		0,129		0,414***
Étape 2	0,002		0,001		0,007		0,004	
QIA		0,227***		0,256***		0,193**		0,193**
OCI-R		0,347***		0,309***		0,377***		0,234***
QSP		0,246***		0,200**		0,136		0,419***
III-B réa		-0,051		0,030		-0,090		-0,069
Étape 3	0,089***		0,126***		0,078***		(0,020*)	
QIA		0,122		0,131		0,094		0,148*
OCI-R		0,269***		0,217**		0,304***		0,159*
QSP		0,262***		0,219***		0,151*		0,267**
III-B réa		-0,124		-0,056		-0,159*		-0,072
PJNA (ISA)		0,350***		0,415***		0,327***		(0,255*)
$R^2$ total	0,453		0,468		0,355		0,412	
$n$	165		165		165		165	

Tableau 6

*Prédiction des symptômes et dimensions d'anxiété sociale (IPS total et sous-échelles) en utilisant les construits d'II (scores totaux et sous-échelles des parties A et B de l'III) (suite)*

Variables	IPS-total		IPS-cognitif		IPS-comportemental		IPS-physiologique	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
<b>III-B évitement</b>								
Étape 1	0,362***		0,342***		0,270***		0,388***	
QIA		0,219**		0,261***		0,178*		0,182**
OCI-R		0,338***		0,315***		0,360***		0,221**
QSP		0,242***		0,202**		0,129		0,414***
Étape 2	0,070***		0,063***		0,082***		0,016*	
QIA		0,171**		0,215**		0,126		0,154*
OCI-R		0,261***		0,242***		0,277***		0,183**
QSP		0,203**		0,165*		0,087		0,394***
III-B évi		0,293***		0,278***		0,316***		0,142*
Étape 3	0,059***		0,101***		0,045***		(0,017*)	
QIA		0,083		0,101		0,050		0,114
OCI-R		0,198**		0,160*		0,222**		0,116
QSP		0,217***		0,183**		0,099		0,254**
III-B évi		0,253***		0,226***		0,281***		0,130
PJNA (ISA)		0,281***		0,367***		0,246***		(0,237*)
$R^2$ total	0,491		0,506		0,397		0,421	
$n$	165		165		165		165	
<b>III-B inquiétude</b>								
Étape 1	0,360***		0,339***		0,270***		0,387***	
QIA		0,216**		0,257***		0,176*		0,180**
OCI-R		0,340***		0,318***		0,362***		0,224***
QSP		0,240***		0,200**		0,128		0,412***
Étape 2	0,002		0,011		0,000		0,000	
QIA		0,210**		0,241***		0,175*		0,180**
OCI-R		0,323***		0,276***		0,357***		0,223**
QSP		0,238***		0,195**		0,128		0,412***
III-B inq		0,049		0,118		0,013		0,002
Étape 3	0,079***		0,117***		0,067***		(0,020*)	
QIA		0,110		0,119		0,083		0,137*
OCI-R		0,259***		0,198**		0,299***		0,153
QSP		0,251***		0,210***		0,139*		0,259**
III-B inq		-0,015		0,040		-0,046		-0,018
PJNA (ISA)		0,327***		0,398***		0,300***		(0,259*)
$R^2$ total	0,441		0,468		0,336		0,407	
$n$	166		166		166		166	

Tableau 6

*Prédiction des symptômes et dimensions d'anxiété sociale (IPS total et sous-échelles) en utilisant les construits d'II (scores totaux et sous-échelles des parties A et B de l'III) (suite)*

Variables	IPS-total		IPS-cognitif		IPS-comportemental		IPS-physiologique	
	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$\beta$
<b>III-B doute</b>								
Étape 1	0,362***		0,342***		0,270***		0,388***	
QIA		0,219**		0,261***		0,178*		0,182**
OCI-R		0,338***		0,315***		0,360***		0,221**
QSP		0,242***		0,202**		0,129		0,414***
Étape 2	0,025*		0,052***		0,016		0,003	
QIA		0,180**		0,205**		0,147		0,168*
OCI-R		0,291***		0,248***		0,322***		0,206**
QSP		0,234***		0,191**		0,123		0,410***
III-B dou		0,174*		0,252***		0,141		0,060
Étape 3	0,058***		0,085***		0,049***		(0,019*)	
QIA		0,104		0,113		0,076		0,127
OCI-R		0,241***		0,187**		0,276***		0,135
QSP		0,247***		0,207***		0,135		0,264**
III-B dou		0,077		0,134*		0,051		0,049
PJNA		0,292***		0,353***		0,270***		(0,247*)
(ISA)								
$R^2$ total	0,444		0,479		0,336		0,410	
$n$	165		165		165		165	

*Note.* IPS = Inventaire de Phobie sociale; QIA = Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété; OCI-R = Inventaire des obsessions et des compulsions-révisé; QSP = Questionnaire des sensations physiques; III-A = Inventaire d'intolérance à l'incertitude-partie A; III-B = Inventaire d'intolérance à l'incertitude-partie B; PJNA = Échelle de peur du jugement négatif d'autrui; ISA = Index de sensibilité à l'anxiété.

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$ .

trois mesures de symptômes introduites (QIA, OCI-R, QSP) prédisent un pourcentage de variance significatif (36,2 %; changement de  $F(3, 161) = 30,39; p < 0,001$ ). L'examen des tests  $t$  vérifiant l'apport de chacune des variables montre qu'à cette étape, les trois mesures de symptômes contribuent à la prédiction de façon indépendante.

Ensuite, lorsque le doute en contexte d'incertitude (sous-échelle doute de l'III-B) est entré en deuxième étape de régression, il ajoute un pourcentage de variance significatif (2,5 %; changement de  $F(1, 160) = 6,49; p = 0,012$ ). L'examen du Bêta ( $\beta = 0,174, p = 0,012$ ) montre que le doute en situation d'incertitude est positivement relié aux symptômes d'anxiété sociale. Cela signifie que le doute en contexte d'incertitude est associé à plus de symptômes de phobie sociale. En troisième étape de régression, la peur du jugement négatif (PJNA) ajoute un pourcentage de variance significatif supplémentaire (5,8 %; changement de  $F(1, 159) = 16,53; p < 0,001$ ), dans la prédiction des symptômes de phobie sociale. Toutefois, le doute en situations incertaines ne contribue plus à la prédiction des symptômes d'anxiété sociale, en présence de la peur du jugement négatif.

Les résultats montrent aussi que l'évitement des incertitudes (sous-échelle évitement de l'III-B) prédit significativement les symptômes d'anxiété sociale (score total à l'IPS), tant en deuxième qu'en dernière étape de la régression, soit après avoir contrôlé les symptômes d'autres troubles anxieux associés et considéré la peur du jugement négatif. D'abord, lorsque l'évitement des incertitudes est introduit en deuxième étape, il contribue à la prédiction des symptômes d'anxiété sociale (ajout de 7 %; changement de  $F(1,$

160) = 19,74;  $p < 0,001$ ). Dans la dernière étape de la régression, l'ajout de la peur du jugement négatif (PJNA) permet de prédire davantage de variance (ajout de 5,9 %; changement de  $F(1, 159) = 18,53$ ;  $p < 0,001$ ). L'examen du Bêta ( $\beta = 0,253$ ,  $p < 0,001$ ) montre que l'évitement des situations incertaines continue de prédire significativement les symptômes d'anxiété sociale, même en présence de la peur du jugement négatif. Il est positivement relié aux symptômes d'anxiété sociale. Ainsi, plus l'évitement des incertitudes augmente, plus les symptômes d'anxiété sociale augmentent.

***Prédiction de la dimension cognitive de l'anxiété sociale.*** La dimension cognitive de l'anxiété sociale (score à la sous-échelle cognitive de l'IPS) a été prédite par les scores totaux et les sous-échelles des parties A et B de l'III. En ce qui concerne la partie A de l'III (III-A), les résultats montrent que la sous-échelle intolérance aux imprévus semble jouer un rôle dans la prédiction de la dimension cognitive de l'anxiété sociale. D'abord, en première étape de régression, les trois mesures d'autres symptômes anxieux associés à l'anxiété sociale prédisent un pourcentage de variance significatif (33,9 %; changement de  $F(3,162) = 27,74$ ;  $p < 0,001$ ). L'examen des tests  $t$  vérifiant l'apport de chacune des variables montre que les trois mesures de symptômes contribuent à la prédiction de façon indépendante. Lorsque la sous-échelle intolérance aux imprévus de la partie A de l'III est entrée en deuxième étape de régression, elle ajoute un pourcentage de variance significatif dans la prédiction (1,9 %; changement de  $F(1, 161) = 4,84$ ;  $p = 0,029$ ). L'examen du Bêta ( $\beta = 0,154$ ,  $p = 0,029$ ) montre que l'intolérance aux imprévus (III-A) est positivement reliée à la dimension cognitive de l'anxiété sociale (IPS). Plus les participants sont

intolérants aux imprévus, plus ils présentent des symptômes cognitifs de phobie sociale. Dans la troisième étape de la régression ( $F(1,160) = 34,55; p < 0,001$ ), l'intolérance aux imprévus cesse toutefois de prédire significativement la dimension cognitive des symptômes d'anxiété sociale, en présence de la peur du jugement négatif. La peur du jugement négatif (PJNA) ajoute pour sa part 11,4 % de variance dans la prédiction de la dimension cognitive de l'anxiété sociale.

En ce qui concerne la partie B de l'III en lien avec la dimension cognitive de l'anxiété sociale, les résultats montrent que le score total des différentes manifestations d'II (score total à la partie B de l'III) ainsi que les sous-échelles évitement des incertitudes et doute en situations incertaines jouent un rôle dans la prédiction. D'abord, en première étape de régression, les trois mesures d'autres symptômes anxieux associés à l'anxiété sociale prédisent un pourcentage de variance significatif (34,2 %; changement de  $F(3,161) = 27,88; p < 0,001$ ). L'examen des tests  $t$  vérifiant l'apport de chacune des variables montre que les trois mesures de symptômes contribuent à la prédiction de façon indépendante.

Lorsque le score total des différentes manifestations d'II (score total à l'III-B) est ensuite entré, celui-ci ajoute un pourcentage de variance significatif dans la prédiction (2,7 %; changement de  $F(1, 160) = 6,86; p = 0,010$ ). L'examen du Bêta ( $\beta = 0,184, p = 0,010$ ) montre que le score total des différentes manifestations d'II est positivement relié à la dimension cognitive de l'anxiété sociale (IPS). Cela signifie que plus les diverses



manifestations d'II sont élevées (score total à l'III-B) plus les symptômes cognitifs d'anxiété sociale sont élevés. Dans la troisième étape de la régression, l'ajout de la peur du jugement négatif (PJNA) permet de prédire davantage de variance (ajout de 10,2 %; changement de  $F(1,159) = 30,60$ ;  $p < 0,001$ ). Toutefois, le score total de la partie B de l'III cesse de contribuer significativement à la prédiction, en présence de la peur du jugement négatif.

Par ailleurs, concernant les sous-échelles évitement des incertitudes et doute en situations incertaines, de la partie B de l'III, les résultats montrent qu'elles sont des prédicteurs significatifs de la dimension cognitive de l'anxiété sociale, autant en deuxième qu'en dernière étape de la régression, soit après avoir contrôlé les symptômes d'autres troubles anxieux associés et considéré la peur du jugement négatif. À la deuxième étape, la sous-échelle évitement des incertitudes (III-B) ajoute 6,3 % de variance prédite (changement de  $F(1,160) = 17,06$ ;  $p < 0,001$ ). À la troisième étape, la peur du jugement négatif (PJNA) permet aussi de prédire davantage de variance (ajout de 10,1 %; changement de  $F(1,159) = 32,58$ ;  $p < 0,001$ ). L'évitement des incertitudes continue alors de prédire significativement la dimension cognitive de l'anxiété sociale. L'examen du Bêta ( $\beta = 0,226$ ,  $p < 0,001$ ) montre que l'évitement des incertitudes est positivement relié à la dimension cognitive de l'anxiété sociale (IPS). Ainsi, plus les participants ont tendance à éviter les incertitudes, plus ils présentent des symptômes cognitifs de phobie sociale.

En deuxième étape, la sous-échelle doute en situations incertaines (III-B) ajoute un pourcentage de variance significatif dans la prédiction de la dimension cognitive de l'anxiété sociale (5,2 %; changement de  $F(1,160) = 13,78; p < 0,001$ ). En troisième étape de régression, la peur du jugement négatif (PJNA) permet de prédire davantage de variance (ajout de 8,5 %; changement de  $F(1,159) = 25,79; p < 0,001$ ). Le doute en contexte d'incertitude prédit alors encore significativement la dimension cognitive des symptômes de phobie sociale. L'examen du Bêta ( $\beta = 0,134, p = 0,048$ ) montre que le doute en situations incertaines est positivement relié à la dimension cognitive de l'anxiété sociale (IPS). Ainsi, plus la tendance à douter en situations incertaines est élevée, plus les symptômes cognitifs d'anxiété sociale le sont aussi.

***Prédiction de la dimension comportementale de l'anxiété sociale.*** Pour ce qui est de la dimension comportementale de l'anxiété sociale (score à la sous-échelle comportementale de l'IPS), les résultats montrent que deux sous-échelles de l'III-B jouent un rôle dans sa prédiction, soit l'évitement des situations incertaines et la recherche de réassurance en contexte d'incertitude. À la première étape, les trois mesures de symptômes anxieux associés à l'anxiété sociale (QIA, OCI-R, QSP) prédisent un pourcentage de variance significatif (27,0 %; changement de  $F(3, 161) = 19,83; p < 0,001$ ). L'examen des tests *t* vérifiant l'apport de chacune des variables montre que les mesures de symptômes d'anxiété généralisée (QIA) et obsessionnels-compulsifs (OCI-R) contribuent à la prédiction de façon indépendante, mais pas la mesure des symptômes paniques (QSP).

Lorsque l'évitement des incertitudes est entré en deuxième étape de régression, il ajoute un pourcentage de variance significatif dans la prédiction de la dimension comportementale de l'anxiété sociale (8,2 %; changement de  $F(1,160) = 20,18$ ;  $p < 0,001$ ). Lorsque la peur du jugement négatif (PJNA) est ensuite introduite, elle ajoute un pourcentage de variance significatif supplémentaire (4,5 %; changement de  $F(1,159) = 11,95$ ;  $p = 0,001$ ). La sous-échelle évitement des incertitudes (III-B) continue alors de prédire significativement la variable dépendante. Selon le Bêta ( $\beta = 0,281$ ,  $p < 0,001$ ), l'évitement des situations incertaines est positivement relié à la dimension comportementale de l'anxiété sociale (IPS). En d'autres mots, plus les participants ont tendance à éviter les incertitudes, plus ils présentent des symptômes comportementaux d'anxiété sociale.

Concernant le rôle prédictif de la sous-échelle recherche de réassurance en situation d'incertitude (III-B), les résultats montrent que, entrée en deuxième étape de la régression, elle n'apparaît pas comme un prédicteur significatif de la dimension comportementale de l'anxiété sociale ( $F(1,160) = 1,62$ ;  $p = 0,206$ ). Toutefois, en troisième étape de la régression ( $F(1,159) = 19,22$ ;  $p < 0,001$ ), elle contribue significativement à la prédiction, en présence de la peur du jugement négatif (PJNA). Cette dernière variable contribue pour sa part à prédire 7,8 % de variance supplémentaire dans la dimension comportementale de l'anxiété sociale. L'examen du Bêta ( $\beta = -0,159$ ,  $p = 0,023$ ) montre que la recherche de réassurance en situation d'incertitude est alors négativement reliée à la dimension comportementale de l'anxiété sociale (IPS). En

d'autres mots, plus les participants ont tendance à vouloir se rassurer en situations incertaines, moins ils présentent des symptômes comportementaux d'anxiété sociale.

***Prédiction de la dimension physiologique de l'anxiété sociale.*** Les résultats montrent que seul l'évitement des situations d'incertitudes (III-B) prédit la dimension physiologique de l'anxiété sociale (score à la sous-échelle physiologique de l'IPS) lorsqu'il est entré avant l'autre variable cognitive pertinente, soit la sensibilité à l'anxiété (ISA). En première étape de régression, les mesures d'autres symptômes anxieux (QIA, OCI-R, QSP), prédisent un pourcentage de variance significatif (38,8 %; changement de  $F(3,160) = 33,81$ ;  $p < 0,001$ ). L'examen des tests  $t$  confirme l'apport de chacune des variables à cette étape. Lorsque l'évitement des incertitudes est entré en deuxième étape de régression, il contribue significativement à la prédiction de la dimension physiologique de l'anxiété sociale (ajout de 1,6 %; changement de  $F(1,159) = 4,25$ ;  $p = 0,041$ ). Selon le Bêta ( $\beta = 0,142$ ;  $p = 0,041$ ), l'évitement des incertitudes est positivement relié à la dimension physiologique de l'anxiété sociale (IPS). En d'autres termes, plus l'évitement des situations incertaines est élevé, plus les symptômes physiologiques de l'anxiété sociale le sont aussi. En dernière étape de régression, la sensibilité à l'anxiété (ISA) ajoute un pourcentage de variance significatif supplémentaire (1,7 %; changement de  $F(1,158) = 4,68$ ;  $p = 0,032$ ). Toutefois, l'évitement des incertitudes ne contribue alors plus significativement à la prédiction de la dimension physiologique de l'anxiété sociale, en présence de la sensibilité à l'anxiété.

### **Comparaison de la phobie sociale aux autres troubles anxieux primaires**

Des tests  $t$  ont été réalisés afin de comparer les participants présentant un diagnostic primaire de phobie sociale (sans TAG, TOC ou trouble panique;  $n = 14$ ) à ceux présentant un diagnostic primaire de TAG (sans phobie sociale, TOC ou trouble panique;  $n = 36$ ), de TOC (sans phobie sociale, TAG ou trouble panique;  $n = 23$ ) ou de trouble panique avec ou sans agoraphobie (sans phobie sociale, TAG ou TOC;  $n = 25$ ), sur le plan de l'intolérance à l'incertitude, telle que mesurée par l'III (Gosselin et al., 2008).

Les résultats montrent que les participants ayant une phobie sociale présentent une moyenne moins élevée à la partie A totale de l'III ( $t(48) = -3,427$ ;  $p = 0,001$ ), aux trois sous-échelles de la partie A de l'III, soit l'intolérance aux situations incertaines ( $t(48) = -3,607$ ;  $p = 0,001$ ), l'intolérance aux imprévus ( $t(48) = -2,342$ ;  $p = 0,023$ ) et la difficulté à demeurer dans l'attente ( $t(48) = -2,709$ ;  $p = 0,009$ ), ainsi qu'à la partie B totale de l'III ( $t(48) = -2,287$ ;  $p = 0,027$ ) et aux sous-échelles désir de contrôle ( $t(48) = -2,428$ ;  $p = 0,019$ ), recherche de réassurance ( $t(48) = -4,132$ ;  $p < 0,001$ ) et tendance à s'inquiéter ( $t(47) = -3,178$ ;  $p = 0,003$ ) de la partie B de l'III, comparativement aux participants ayant un TAG. Concernant les autres sous-échelles de la partie B de l'III (surestimation des probabilités, évitement des incertitudes et doute en contexte d'incertitude), il n'y a pas de différences significatives entre les participants ayant une phobie sociale et ceux ayant un TAG.

Les résultats montrent aussi que, comparativement aux participants ayant un TOC, les participants ayant une phobie sociale ont une moyenne moins élevée à la partie A totale de l'III ( $t(35) = -2,211$ ;  $p = 0,034$ ), aux sous-échelles intolérance aux situations incertaines ( $t(35) = -2,362$ ;  $p = 0,024$ ) et intolérance aux imprévus ( $t(35) = -2,055$ ;  $p = 0,047$ ) de la partie A de l'III, ainsi qu'aux sous-échelles recherche de réassurance ( $t(35) = -2,779$ ;  $p = 0,009$ ) et tendance à s'inquiéter ( $t(35) = -2,323$ ;  $p = 0,026$ ) de la partie B de l'III. Pour ce qui est du reste des construits d'II, les participants ayant une phobie sociale et ceux ayant un TOC n'affichent pas de différences significatives quant à leurs moyennes.

Enfin, les résultats montrent qu'il n'y a pas de différences significatives sur le plan de l'intolérance à l'incertitude entre les participants présentant une phobie sociale et ceux ayant un trouble panique, tant sur le plan global que sur le plan des différentes manifestations spécifiques de l'intolérance à l'incertitude. Le Tableau 7 présente les moyennes et les écarts-types de chacun des quatre groupes cliniques, aux scores totaux et aux sous-échelles de l'III.

Tableau 7

*Moyennes et écarts-types aux scores totaux et aux sous-échelles des parties A et B de l'III pour les différents groupes cliniques*

Variables	Phobie sociale		TAG		TOC		Trouble panique	
	Moyenne	ÉT	Moyenne	ÉT	Moyenne	ÉT	Moyenne	ÉT
III-A total	41,14	13,00	53,31	10,55	52,29	15,88	47,98	14,94
Incertitude	23,93	7,53	31,64	6,49	31,38	10,21	28,14	9,43
Imprévus	5,07	1,90	6,42	1,80	6,61	2,37	5,76	2,24
Attendre	12,14	4,64	15,25	3,19	14,30	4,26	14,08	3,95
III-B total	83,14	28,11	102,07	25,57	97,59	28,31	91,54	28,13
Surestimation	15,14	5,91	18,21	5,15	15,69	6,28	16,19	4,92
Contrôle	10,00	4,62	14,42	6,15	13,30	5,98	13,49	5,76
Réassurance	11,93	6,06	18,72	4,87	17,26	5,41	14,60	5,60
Évitement	16,50	5,64	13,99	4,96	15,26	5,83	15,40	6,27
Inquiétude	14,29	5,01	18,89	4,41	18,22	4,98	16,00	5,34
Doute	15,29	4,98	17,87	5,17	17,87	5,41	15,80	5,66

*Note.* ÉT = Écart-type; III-A = Inventaire d'intolérance à l'incertitude - partie A; III-B = Inventaire d'intolérance à l'incertitude - partie B.

## **Discussion**



Cette section présente un retour sur les objectifs de l'étude et les hypothèses de recherche. Elle présente aussi des pistes d'explications possibles des principaux résultats et des idées de recherches futures, abordées tout au long de la discussion, en tenant compte d'écrits scientifiques disponibles. Enfin, les forces et limites de l'étude sont abordées, de même que des implications scientifiques et cliniques découlant des résultats de la thèse.

### **Retour sur les objectifs et hypothèses de recherche**

Cette recherche visait à poursuivre l'étude du lien entre l'II et le diagnostic et les symptômes de phobie sociale auprès d'une population clinique ayant exprimé un besoin d'aide au plan psychologique et ayant été référée par un psychiatre à une unité de soin cognitivo-comportementale. Plus précisément, le premier objectif concernait la vérification des liens entre les dimensions d'II et les symptômes et dimensions d'anxiété sociale. Il impliquait aussi de vérifier l'apport unique de l'II dans la prédiction des symptômes et dimensions d'anxiété sociale après avoir considéré l'effet d'autres facteurs psychologiques (soit la peur du jugement négatif et la sensibilité à l'anxiété). Le deuxième objectif de recherche visait à comparer les patients présentant un diagnostic primaire de phobie sociale (sans TAG, TOC ou trouble panique comorbides) à ceux présentant un autre trouble anxieux primaire, c'est-à-dire un TAG (sans phobie sociale, TOC ou trouble panique comorbides), un TOC (sans phobie sociale, TAG ou trouble panique comorbides)

ou un trouble panique, avec ou sans agoraphobie (sans phobie sociale, TAG ou TOC comorbides), sur le plan de l'II.

### **Liens entre les dimensions d'II et les symptômes et dimensions d'anxiété sociale**

Les deux premières hypothèses postulaient que l'II et des manifestations spécifiques d'II seraient liées positivement aux symptômes et dimensions d'anxiété sociale, et ce, même après avoir contrôlé ou considéré l'effet d'autres facteurs pertinents. Dans l'ensemble, les résultats confirment partiellement les hypothèses.

**Tendance générale à considérer les incertitudes inacceptables.** Sur le plan de la tendance générale à considérer les incertitudes inacceptables, les résultats appuient des liens entre les trois dimensions cognitives et émotionnelles générales de l'II, soit la difficulté à accepter et tolérer les incertitudes de la vie, la difficulté à supporter l'arrivée d'imprévu et à y faire face et la difficulté à demeurer dans l'attente en situation incertaine, et les symptômes et les trois dimensions d'anxiété sociale (cognitive, comportementale et physiologique). Après avoir contrôlé l'effet d'autres symptômes anxieux identifiés pertinents, la tendance à ne pas supporter l'arrivée d'un imprévu demeure significativement et positivement associée à la dimension cognitive des symptômes d'anxiété sociale. En d'autres mots, plus les patients anxieux présentent une tendance à ne pas supporter l'arrivée d'un imprévu, plus ils présentent une tendance à craindre les situations sociales dans lesquelles ils peuvent être observés par autrui, indépendamment de leur intensité de symptômes TAG, TOC ou de panique.

Les situations sociales comportent plusieurs possibilités d'occurrence d'un imprévu, en comparaison à des situations où l'individu est seul. Un patient ne tolérant pas les imprévus pourrait donc avoir davantage peur des situations sociales, dans lesquelles plus d'imprévus peuvent survenir. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Kaplan, Levinson, Rodebaugh, Menatti et Weeks (2015). Ils ont montré que l'ouverture, comme trait de personnalité évalué selon le modèle des cinq facteurs de personnalités (Costa & McCrae, 1992), incluant entre autres la curiosité pour les situations nouvelles, la préférence pour la variété et le désir d'aventure (McCrae, 1994), pourrait être un facteur de protection aux symptômes d'anxiété sociale. L'ouverture est d'ailleurs ressortie dans l'étude de Duplessis (2009) comme étant négativement associée à l'intolérance à l'incertitude. Il serait possible que l'ouverture soit un facteur de protection aux symptômes d'anxiété sociale, comparativement à l'intolérance aux imprévus qui pourrait être un facteur de risque aux symptômes cognitifs d'anxiété sociale. Il serait intéressant de mener d'autres recherches, afin de poursuivre l'étude du lien entre la tendance à ne pas supporter l'arrivée d'un imprévu, l'ouverture et les symptômes d'anxiété sociale.

Schlenker et Leary (1982) ont aussi avancé que les individus présentant de l'anxiété sociale tentent de contrôler les impressions que les autres se font d'eux. D'après leur modèle théorique, l'anxiété sociale se produit quand une personne est motivée à produire une impression désirée sur autrui, mais n'est pas certaine de réussir. L'arrivée d'un imprévu pourrait induire un sentiment de perte de contrôle et amener l'individu à

centrer son attention sur la perception d'incertitude à produire l'impression désirée. Cela pourrait ainsi avoir l'effet d'augmenter, chez le patient anxieux, sa peur face aux situations sociales dans lesquelles il peut être observé.

Ce résultat pourrait aussi suggérer, dans l'autre sens, que plus les patients anxieux présentent la dimension cognitive des symptômes d'anxiété sociale, c'est-à-dire une crainte excessive des situations sociales dans lesquelles ils peuvent être observés, plus ils présentent une perception inacceptable des imprévus. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'arrivée possible d'un imprévu implique plus de chance de devoir faire face à une situation sociale, à l'observation d'autrui, ainsi qu'aux conséquences associées possibles, dans ce cas-ci à l'objet de la peur, pour les patients anxieux socialement.

Il est aussi possible que la peur excessive des situations sociales ait un rôle à jouer dans la généralisation de l'intolérance aux imprévus. Initialement, il est possible que la personne anxieuse socialement tolère difficilement les imprévus en situation sociale. Or, à force d'être intolérant à la possibilité de conséquences sociales, il est possible que l'intolérance se généralise dans plusieurs autres situations non sociales, menant ensuite à une plus grande généralisation des symptômes anxieux. Des études longitudinales futures pourraient suivre l'évolution de patients avec de l'anxiété sociale ou une anxiété légèrement sous-clinique afin d'évaluer si leur intolérance aux imprévus se généralise à un éventail plus grand de situations et non seulement au contexte social. Dans la présente étude, il est possible que les patients vivant beaucoup d'anxiété sociale aient

automatiquement pensé à des situations impliquant le regard des autres lorsqu'ils étaient questionnés par rapport à leur capacité à tolérer les imprévus. Il faudrait donc vérifier cet aspect avant de conclure que les gens vivant de l'anxiété sociale vivent davantage d'intolérance aux imprévus dans tout type de situation, même si le III n'est pas une mesure spécifique aux situations sociales. Une méthodologie expérimentale exposant des participants anxieux à des imprévus sociaux et non sociaux pourrait aussi permettre de voir si le niveau d'anxiété sociale apparaît lié à la tolérance à différents types d'imprévus.

Notons toutefois que l'effet prédictif de la tendance à ne pas supporter l'arrivée d'un imprévu (II) sur la peur des situations sociales apparaît non significatif après avoir considéré la peur du jugement négatif d'autrui. Ce résultat pourrait s'expliquer du fait que ces trois variables se recoupent entre elles. Il s'agit de trois mesures cognitives s'approchant chacune du concept de peur : soit (a) la peur face aux imprévus, (b) la peur des situations sociales et (c) la peur du jugement négatif d'autrui. D'une part, il est possible que la perception inacceptable des imprévus recoupe fortement la peur du jugement négatif d'autrui comme conséquence ultime appréhendée, cet aspect pouvant représenter l'objet de la peur liée à la perception inacceptable des imprévus. En d'autres mots, la perception inacceptable des imprévus inclurait la peur qu'un imprévu mène à un jugement négatif ou encore la peur qu'un jugement négatif imprévu survienne dans une situation sociale. Ainsi, s'il est supposé que, dans la perception inacceptable des imprévus, l'objet de la peur est la peur des possibles jugements négatifs imprévus d'autrui, l'effet de la perception inacceptable des imprévus sur les symptômes cognitifs d'anxiété sociale

s'estompe lorsque la peur du jugement négatif est incluse dans la stratégie d'analyse. Il pourrait s'agir de deux éléments très reliés, expliquant l'exclusion de l'un au plan statistique, mais complémentaires sur le plan de la compréhension et de l'intervention pour le client. L'imprévu et la peur de l'imprévu pourraient être des déclencheurs de la peur du jugement négatif comme conséquence. Cela pourrait possiblement révéler, au plan clinique, qu'une façon de cibler cette peur pourrait être de passer par la conséquence appréhendée (c.-à-d. être jugé), pour travailler la peur du jugement négatif d'autrui, mais aussi par la peur de l'imprévu (comme déclencheur possible de la conséquence appréhendée). D'autre part, il est par ailleurs possible que la peur du jugement négatif possède un recoupement fort avec les symptômes cognitifs de phobie sociale, c'est-à-dire avec la peur excessive des situations sociales. Les résultats permettent d'ailleurs d'observer un lien de corrélation particulièrement fort entre la peur du jugement négatif et les symptômes cognitifs de phobie sociale. Ici, une grande proportion de la peur des situations sociale inclurait possiblement la peur des jugements négatifs d'autrui, faisant en sorte qu'il reste peu de variance unique expliquée par la peur des imprévus dans la prédiction de la peur des situations sociales, lorsque la peur du jugement négatif est considérée.

Notons par ailleurs que ce lien observé entre la tendance à trouver les imprévus inacceptables et la dimension cognitive des symptômes d'anxiété sociale diffère des résultats obtenus dans les études non cliniques de Carleton et al. (2010) et de Whiting et al. (2013). Dans ces études, le lien entre la dimension prospective de l'II, soit la tendance

plus générale au désir de prévisibilité et à l'engagement actif vers la recherche de certitude (telle que mesurée par l'IUS-12; Carleton et al., 2007a), et l'anxiété sociale n'était pas ressorti. Les résultats de la présente étude appuient toutefois ceux de Teale Sapach et al. (2015) ayant montré la présence d'un lien entre la tendance plus générale au désir de prévisibilité (dimension prospective de l'II) et l'anxiété sociale. Cette étude avait d'ailleurs utilisé un échantillon clinique de patients anxieux, comme c'est le cas pour la présente étude. Cela mène à l'hypothèse que le lien entre la tendance plus générale à considérer les incertitudes inacceptables (incluant p. ex. le désir de prévisibilité et la perception inacceptable des imprévus) et l'anxiété sociale soit présent uniquement auprès de patients présentant des symptômes anxieux cliniquement significatifs, mais qu'il ne soit pas observable dans la population générale, soit auprès de personnes sous le seuil clinique. En d'autres mots, il est plausible de supposer que la tendance générale à considérer les incertitudes inacceptables ou, plus précisément selon les présents résultats, la tendance à ne pas supporter l'arrivée d'un imprévu, joue un rôle significatif dans le maintien et la sévérité de la peur excessive des situations sociales auprès de patients anxieux socialement, mais pas nécessairement auprès d'individus peu ou pas anxieux. Cela mérite de mener d'autres études pour approfondir le rôle de l'intolérance aux imprévus dans l'exacerbation des symptômes cognitifs de phobie sociale, auprès de patients anxieux.

**Manifestations spécifiques de l'II.** Des liens sont aussi observés entre les six manifestations cognitives et comportementales d'II (la surestimation des probabilités, le

contrôle, la recherche de réassurance, l'évitement, l'inquiétude et le doute, en contexte d'incertitude) et les symptômes et les trois dimensions d'anxiété sociale (cognitive, comportementale et physiologique). La recherche de réassurance en contexte d'incertitude n'est toutefois pas apparue liée aux dimensions physiologique et comportementale de l'anxiété sociale lors des corrélations initiales. Après avoir contrôlé l'effet d'autres symptômes anxieux et considéré les facteurs psychologiques identifiés pertinents, trois des six manifestations spécifiques d'II sont ressorties comme étant associées à l'anxiété sociale, suggérant leur lien spécifique ou rôle prédictif, soit l'évitement des incertitudes, le doute en contexte d'incertitude et la recherche de réassurance en contexte d'incertitude.

***L'évitement des incertitudes.*** L'évitement des situations incertaines, de façon cognitive (p. ex., éviter d'y penser) ou comportementale (p. ex., éviter de s'exposer à de telles situations), est une dimension d'II associée à chaque catégorie de symptômes d'anxiété sociale (score global et sous-dimensions) dans la présente étude. Son lien ou rôle prédictif demeure même après avoir contrôlé l'effet d'autres symptômes anxieux. Ainsi, plus les patients présentent une tendance à éviter les incertitudes, plus ils présentent des symptômes élevés du trouble d'anxiété sociale, incluant (1) la peur excessive des situations sociales dans lesquelles ils peuvent être observés par autrui (dimension cognitive), (2) les comportements d'évitement des situations sociales (dimension comportementale) et (3) l'intensité des manifestations physiologiques d'anxiété devant autrui, comme la transpiration ou le rougissement (dimension physiologique), et ce, indépendamment des symptômes des autres troubles anxieux. De surcroît, même après



avoir considéré la variable cognitive identifiée pertinente (la peur du jugement négatif ou la sensibilité à l'anxiété), le lien ou rôle prédictif de l'évitement des incertitudes demeure pour les symptômes de phobie sociale ainsi que pour deux de ses trois dimensions, soit la dimension cognitive et la dimension comportementale des symptômes d'anxiété sociale. Ainsi, plus les patients présentent une tendance à éviter les incertitudes, plus ils présentent des symptômes élevés du trouble d'anxiété sociale, incluant (1) la peur excessive des situations sociales dans lesquelles ils peuvent être observés par autrui (dimension cognitive) et (2) les comportements d'évitement des situations sociales (dimension comportementale), et ce, indépendamment des symptômes des autres troubles anxieux et de la peur du jugement négatif.

Plusieurs modèles théoriques du trouble d'anxiété sociale (p. ex., Hofmann, 2007; Wells et al., 1995) identifient l'évitement comme facteur de maintien central des symptômes du trouble d'anxiété sociale. Lorsque l'individu évite, il contribue au maintien de son anxiété, il se prive d'une expérience potentiellement positive, continue d'avoir de plus en plus peur et évite à nouveau lorsqu'une autre situation se présente. Par renforcement négatif, dû à la diminution momentanée de ses symptômes anxieux et l'évitement des catastrophes appréhendées, il aura ensuite tendance à maintenir son évitement (Foa & Kozak, 1986). Le fait d'éviter les incertitudes, et non seulement les situations sociales, implique un éventail important de situations du quotidien (comportements inhibitoires associés à l'II). Cela prive donc de surcroît l'individu d'expériences positives où il apprend, prend confiance en ses ressources et restructure ses

pensées dysfonctionnelles en contexte incertain. Cela peut aussi avoir comme effet de renforcer la peur, de maintenir diverses croyances quant à la dangerosité de situations incertaines, incluant les situations sociales, ainsi que par rapport à sa capacité à les surmonter. Enfin, cela peut contribuer au maintien de ses affects négatifs face aux risques possibles ou aux incertitudes, dont ceux inhérents aux relations sociales (être observé, jugements ou critiques possibles des autres). Puisque le lien entre l'évitement des incertitudes et les symptômes du trouble d'anxiété sociale demeure après avoir considéré la peur du jugement des autres, il ne s'expliquerait pas seulement par l'appréhension du jugement comme conséquence incertaine. L'évitement des incertitudes comme mécanisme d'évitement généralisé pourrait, au même titre que l'évitement des situations sociales, nuire au développement d'habiletés sociales concrètes, facteur déjà appuyé dans le développement et le maintien du trouble d'anxiété sociale (Boisvert & Beaudry, 2012; Stravynski, Kyparissis, & Amado, 2010). Il pourrait par exemple influencer le développement d'habiletés à entrer en contact et à maintenir une conversation avec les autres, à gérer les demandes et critiques ou à exprimer ses propres demandes ou critiques, qu'elles soient positives ou négatives, étant donné la surcharge d'incertitude liée à ces aspects.

Bien qu'il faille à ce moment-ci demeurer prudent dans la nature et le sens des conclusions, l'évitement des incertitudes pourrait constituer un facteur de risque au développement, au maintien ou à la modulation de la sévérité des symptômes de phobie sociale et de dimensions de symptômes d'anxiété sociale (du moins cognitifs et

comportementaux). D'autres études sont nécessaires pour poursuivre l'exploration du rôle de l'évitement des incertitudes. L'explication concernant la généralisation de l'évitement à plusieurs situations incertaines pourrait aussi s'appliquer ici. Puisque l'évitement est associé à une diminution momentanée et relativement rapide des symptômes anxieux, l'individu souffrant d'anxiété sociale et manifestant beaucoup d'évitement social, pourrait, par renforcement négatif, voir s'étendre l'éventail de ses stratégies d'évitement à plusieurs situations incertaines. D'autres mécanismes, dont l'intolérance à l'incertitude (notamment l'intolérance aux imprévus abordée précédemment) ou des difficultés de régulation ou de tolérance des affects pourraient être impliqués. Riskind (2005) a d'ailleurs déjà proposé le lien entre l'II et les difficultés de régulation des affects, ce qui pourrait être pertinent à l'étude des symptômes d'anxiété sociale. Une étude récemment publiée par Katz, Rector et Laposa (2017), réalisée auprès de 95 participants présentant un diagnostic de Phobie sociale, montre que l'interaction entre la tolérance envers les états psychologiques négatifs ou aversifs et l'II permet de prédire la sévérité des symptômes du trouble en cours de thérapie. Ces construits d'intolérance pourraient donc aussi s'influencer pour prédisposer à l'apparition des symptômes de phobie sociale et de l'évitement généralisé des situations anxiogènes incertaines ou à la base d'un état émotionnel négatif.

Enfin, soulignons que ces résultats sont cohérents avec ceux des études antérieures de Carleton et al. (2010) et de Whiting et al. (2013) où la dimension inhibitrice de l'II, soit la tendance à éviter les incertitudes, était apparue comme jouant un rôle significatif dans

l'explication de l'anxiété sociale, après avoir contrôlé l'effet d'autres variables cognitives, comme la peur du jugement négatif.

*Le doute en contexte d'incertitude.* Le doute en contexte d'incertitude, comme manifestation spécifique de l'II, apparaît aussi lié aux symptômes du trouble d'anxiété sociale (score global) et à la dimension cognitive des symptômes d'anxiété sociale, après avoir contrôlé l'effet des autres symptômes anxieux. Plus les patients anxieux présentent une tendance à douter lorsqu'ils font face à de l'incertitude, plus ils présentent des symptômes accrus du trouble d'anxiété sociale, dont la peur excessive des situations sociales et des observations d'autrui. Les résultats montrent aussi que, même après avoir considéré l'effet de la peur du jugement négatif, le lien continue d'être significatif entre le doute en contexte d'incertitude et la dimension cognitive des symptômes d'anxiété sociale.

Certains modèles théoriques sur l'anxiété sociale montrent que les patients ayant des symptômes de phobie sociale ont tendance à douter de leurs capacités à faire bonne impression ou à produire l'impression désirée, à minimiser leurs performances et à avoir une perception négative d'eux-mêmes (p. ex., Clark & Wells, 1995; Hofmann, 2007; Rapee & Heimberg, 1997; Rapee & Lim, 1992). Il s'agirait d'ailleurs de facteurs de développement et de maintien au trouble d'anxiété sociale. Ainsi, il est possible de présumer qu'un patient anxieux doutant de ses capacités lors de situations incertaines diverses du quotidien présente un risque accru de craindre excessivement les situations et

interactions sociales, soit de développer et maintenir des symptômes cognitifs de phobie sociale. Une façon de comprendre ce résultat serait que, lorsqu'une situation comporte une part d'incertitude, le patient ayant tendance à douter en guise de manifestation de son II perd possiblement confiance en ses capacités, augmentant sa peur que l'interaction sociale ne se passe pas bien ou encore d'avoir l'air incompetent, stupide, ridicule ou faible, par exemple. Les symptômes cognitifs de phobie sociale, c'est-à-dire la peur excessive des situations sociales, seraient alors activés par le doute comme manifestation spécifique de l'II. Ceci se ferait indépendamment du niveau de peur du jugement négatif des autres, puisque le doute que ça ne se passe pas bien dans leur relation avec autrui demeure possible, ce qui serait vécu comme inacceptable ou intolérable. La peur excessive des situations sociales semblerait possiblement en lien avec le simple fait que cela est incertain et, face à cela, plus la personne doute en contexte de toute incertitude, plus elle présente une peur excessive des situations sociales.

***La recherche de réassurance en contexte d'incertitude.*** Les résultats semblent appuyer un lien entre la tendance à chercher à être rassuré en contexte d'incertitude et la dimension comportementale de l'anxiété sociale, après avoir contrôlé l'effet d'autres symptômes anxieux et considéré l'effet de la peur du jugement négatif. À priori, après avoir isolé l'effet des autres symptômes anxieux (TAG, TOC et trouble panique), le lien entre la recherche de réassurance face aux incertitudes et les symptômes et dimensions de phobie sociale est sous le seuil de signification. Toutefois, après avoir considéré l'effet de la peur du jugement négatif, en plus des symptômes des autres troubles anxieux, le lien

devient alors significatif entre la recherche de réassurance en contexte d'incertitude, comme manifestation spécifique de l'II, et la dimension comportementale des symptômes d'anxiété sociale, soit la tendance à éviter les situations sociales. Le lien observé est négatif. Ceci appuie donc partiellement la première hypothèse, qui supposait que le lien entre les manifestations spécifiques de l'II et l'anxiété sociale serait positif.

Ce résultat signifie que lorsque l'on considère l'apport de la peur du jugement négatif, les patients ayant une plus haute tendance à chercher à être rassurés par autrui en contexte d'incertitude présenteraient moins de comportements d'évitement des situations sociales, soit la dimension comportementale des symptômes de phobie sociale. Ce résultat suggère aussi, à l'inverse, que plus les patients anxieux ont tendance à éviter les situations sociales dans lesquelles ils peuvent être observés, moins ils cherchent alors à être rassurés par autrui ou à travers différentes sources d'information, en contexte d'incertitude, et ce, indépendamment de leur niveau de peur du jugement négatif. Une première explication possible serait qu'en évitant toute situation sociale, le patient ne présente alors plus le besoin d'être rassuré face à l'objet de la peur, qui serait ici l'incertitude en situation sociale, l'incertitude face aux possibles observations d'autrui ou même l'incertitude de façon générale, étant alors neutralisé par l'évitement des situations.

Ce résultat pourrait aussi suggérer que les patients anxieux présentant des symptômes comportementaux élevés d'anxiété sociale évitent les contacts sociaux au point de même éviter les contacts ayant pour but d'être rassurés par quelqu'un face aux

incertitudes possibles, parce que la recherche de réassurance représente alors une exposition à ce qui crée l'anxiété. Les patients anxieux présentant une tendance élevée à éviter les situations sociales auraient, par exemple, moins tendance à sortir de leur domicile, auraient alors peu appris à interagir et à développer leurs habiletés sociales (Stravynski et al., 2010) et auraient alors moins tendance à aller vers autrui, même pour se rassurer. La recherche de réassurance auprès d'autrui en contexte d'incertitude serait alors une « stratégie » moins utilisée par les patients avec des symptômes comportementaux élevés de phobie sociale, c'est-à-dire ayant une forte tendance à éviter les diverses situations sociales, par exemple, éviter de parler aux gens, de prendre parole devant un groupe ou d'aller dans des soirées sociales.

Le modèle de Clark et Wells (1995) semble appuyer ce résultat, alors qu'il présente que les individus avec de l'anxiété sociale cherchent à éviter de se dévoiler auprès d'autrui. Or, la recherche de réassurance nécessite de se dévoiler un minimum, en exposant une partie de soi plus vulnérable ou inquiète, et serait alors évitée par les patients avec de l'anxiété sociale présentant une tendance à éviter les situations sociales. L'étude de Plasencia, Alden et Taylor (2011) a aussi montré que les individus avec de l'anxiété sociale présentent des comportements sécurisants comme le fait d'éviter de parler de soi et de s'auto-dévoiler ou comme le fait de présenter un soi artificiel (p. ex., un soi surpréparé, en contrôle, ayant l'air en confiance). Or, la recherche de réassurance auprès d'autrui en situations incertaines apparaît incompatible avec le désir de se dévoiler le moins possible ou de présenter un soi ayant l'air en contrôle.

Subséquentement, il serait possible d'émettre l'hypothèse que les manifestations spécifiques d'II chez les patients anxieux socialement, particulièrement ceux présentant des symptômes comportementaux élevés de phobie sociale, seraient moins de l'ordre de celles nécessitant des contacts sociaux. En effet, il se peut que la recherche de réassurance auprès d'autrui, par exemple demander à quelqu'un son avis pour se rassurer, soit trop confrontant pour un patient qui a peu appris à interagir socialement ou pour un patient utilisant des comportements sécurisants visant à se dévoiler le moins possible. Ainsi, un patient anxieux présentant des symptômes comportementaux d'anxiété sociale risquerait de moins présenter la recherche de réassurance auprès d'autrui, comme manifestation spécifique de l'II; Il présenterait davantage la tendance à éviter les incertitudes ainsi que la tendance à douter face aux incertitudes, tel que ressorti dans les résultats discutés plus haut.

Ainsi, pour un clinicien évaluant un patient anxieux présentant de l'II, l'observation d'une faible tendance à chercher de la réassurance auprès d'autrui pourrait possiblement être un indicateur d'un plus haut risque de symptômes élevés de phobie sociale sur le plan comportemental, soit l'indicateur d'une tendance à éviter les situations sociales au point de nuire au fonctionnement social, professionnel ou personnel. Toutefois, certaines études semblent contredire cette hypothèse en ayant plutôt montré que les individus avec de l'anxiété sociale auraient une tendance élevée à chercher à être rassurés ou à être « approuvés » par autrui (Cougle et al., 2012; Rector, Kamkar, Cassin, Ayearst,



& Laposa, 2011). Cette recherche de réassurance serait toutefois plus en lien avec leur performance ou l'impression faite sur autrui, ou encore concernant leurs doutes sur les perceptions d'autrui, alors que les résultats de la présente étude concernent plutôt la tendance à chercher à être rassuré en lien avec les incertitudes de façon générale. Plus d'études semblent donc nécessaires pour approfondir le lien entre la recherche de réassurance comme manifestation spécifique de l'II et la phobie sociale, particulièrement la dimension comportementale des symptômes de phobie sociale.

En somme, certaines dimensions et manifestations d'II affichent une association spécifique avec les symptômes et dimensions d'anxiété sociale ou contribuent à leur prédiction, notamment l'intolérance aux imprévus, l'évitement des incertitudes, le doute en situations incertaines et la recherche de réassurance face aux incertitudes. Les résultats appuient leur contribution unique dans l'explication de l'anxiété sociale. Ces manifestations d'II sont associées à une plus grande sévérité de symptômes ou de dimensions de symptômes d'anxiété sociale, à l'exception de la recherche de réassurance en contexte d'incertitude apparaissant liée à moins de symptômes comportementaux d'anxiété sociale. Ainsi, l'intolérance aux imprévus, l'évitement des incertitudes et le doute en contexte d'incertitude pourraient s'avérer des facteurs de risque significatifs et distincts au développement, au maintien et à la sévérité des symptômes d'anxiété sociale. D'autres études sur le sujet seraient pertinentes pour approfondir leur rôle dans le développement, le maintien et l'exacerbation des symptômes de phobie sociale.

En outre, deux des dimensions de l'anxiété sociale semblent ressortir comme étant plus particulièrement liées à l'II, soit les dimensions cognitive et comportementale des symptômes d'anxiété sociale : Toutes deux s'avèrent liées positivement à l'évitement des incertitudes; la dimension cognitive s'avérant aussi associée positivement à la perception inacceptable des imprévus ainsi qu'au doute en contexte d'incertitude et la dimension comportementale s'avérant aussi associée négativement à la recherche de réassurance face aux incertitudes. Nelson, Weinberg, Pawluk, Gawlowska et Proudfit (2015) ont montré que l'II serait associée à la généralisation de la peur, un processus important dans le développement et le maintien des troubles anxieux. En d'autres mots, le fait de présenter davantage d'II, serait lié au risque accru de développer toutes sortes de peur, incluant entre autres la peur des situations sociales, qui constitue la dimension cognitive des symptômes de phobie sociale. Cela appuie les résultats de la présente étude faisant ressortir que plusieurs manifestations d'II, notamment l'intolérance aux imprévus, l'évitement des incertitudes et le doute en contexte d'incertitude, apparaissent liées à plus de peur des situations sociales. Une façon de l'expliquer serait ainsi que l'II mène possiblement à une généralisation de la peur allant jusqu'au développement d'une peur excessive des situations sociales, p. ex., la crainte de parler aux inconnus ou en public, soit au développement ou à l'exacerbation des symptômes cognitifs du trouble d'anxiété sociale.

Finalement, il serait intéressant de tester des modèles plus complexes sur l'anxiété sociale ultérieurement, intégrant l'ensemble des présents résultats. Par exemple, une hypothèse serait que la tendance à ne pas tolérer les imprévus en situations incertaines

amène du doute, activant alors des symptômes d'anxiété sociale. Les symptômes d'anxiété sociale pourraient ainsi mener à de l'évitement, non seulement des situations sociales, mais aussi d'un ensemble de situations incertaines, soit à de l'évitement des incertitudes en général et ce, indépendamment de la peur du jugement négatif d'autrui. Dans ce cas-ci, l'anxiété ou la peur excessive ne serait pas juste en lien avec la conséquence (p. ex., le jugement négatif des autres), mais surtout en lien avec le simple fait que c'est possible que la conséquence ait lieu (l'incertitude face à la conséquence); Cette possibilité serait en soi vécue comme inacceptable ou intolérable. Ainsi, un enchaînement de ce type pourrait être précurseur de l'anxiété sociale et, à l'inverse, le fait d'agir sur ces facteurs de risque, au plan préventif ou curatif, pourrait bloquer le développement ou l'aggravation des symptômes d'anxiété sociale. Plus d'études seraient nécessaires pour tester une telle hypothèse.

### **Comparaison de groupes**

Le deuxième objectif de recherche concernait la spécificité de l'II. Il visait à comparer des patients avec un diagnostic primaire de phobie sociale, sans autre trouble anxieux diagnostiqué, à ceux avec un autre trouble anxieux primaire, sans phobie sociale, sur le plan de l'II. Les résultats sont ici discutés.

Les patients ayant un diagnostic primaire de phobie sociale, sans comorbidités, présentent des niveaux d'II moins élevés que les patients ayant un diagnostic primaire de TAG, sans comorbidités sur le plan de la tendance générale à considérer les incertitudes

inacceptables, de leur difficulté à accepter et tolérer les incertitudes de la vie, de leur difficulté à supporter l'arrivée d'imprévu et à y faire face et de leur difficulté à demeurer dans l'attente en situation incertaine. Ils présentent aussi moins de contrôle, de recherche de réassurance et de tendance à s'inquiéter en situations incertaines. Les résultats ne permettent toutefois pas de conclure en la présence de différences avec les patients ayant un TAG sur le plan de la surestimation des probabilités d'occurrence d'un événement, de leur évitement et du doute en contexte d'incertitude. Dans le même sens, les patients avec un diagnostic primaire de phobie sociale, présentent des résultats plus bas que les patients avec un diagnostic primaire de TOC, sur le plan de la tendance générale à considérer les incertitudes inacceptables, de leur difficulté à accepter et tolérer les incertitudes de la vie et de leur difficulté à supporter l'arrivée d'imprévu et à y faire face. Ils présentent aussi moins de recherche de réassurance et d'inquiétude, en contexte d'incertitude. Les résultats ne permettent toutefois pas de les distinguer des patients ayant un TOC primaire sans comorbidités, sur le plan de la difficulté à demeurer dans l'attente en situation incertaine, la surestimation des probabilités d'occurrence d'un événement, le contrôle, l'évitement et le doute, en contexte d'incertitude. Enfin, les résultats ne permettent pas de conclure en la présence de différences entre les patients présentant une phobie sociale primaire, sans comorbidités, et ceux ayant un trouble panique primaire, sans comorbidités.

Ces résultats semblent cohérents avec les études soulignant que l'II semble plus élevée pour les patients souffrant du TAG et du TOC, alors qu'elle ressort, mais moins, pour la phobie sociale et le trouble panique (Dugas et al., 2005b; Holaway et al., 2006;

Ladouceur et al., 1999). Carleton et al. (2012) avaient toutefois montré que l'II semblait ressortir avec des niveaux similaires chez les patients avec un TAG, un TOC ou une phobie sociale. La comparaison des groupes avait toutefois été basée sur le diagnostic principal, sans contrôle pour la comorbidité présente et élevée au sein des groupes.

Dans la présente étude, le nombre restreint de patients ayant une phobie sociale primaire sans comorbidité TAG, TOC ou Trouble panique (seulement 14 patients, comparativement à 36, 23 et 25, respectivement pour les groupes TAG, TOC et trouble panique) suggèrent toutefois d'être prudent, avant d'aller plus loin dans l'exploration des différences ou de l'absence des différences observées.

Finalement, bien que l'intolérance aux imprévus, l'évitement des incertitudes et le doute en situations incertaines n'apparaissent pas plus élevés dans le groupe avec phobie sociale, comparé aux autres groupes anxieux, il n'en demeure pas moins que ces manifestations d'II prédisent significativement les symptômes ou certaines dimensions de symptômes d'anxiété sociale, tel que discuté plus haut. Ces dimensions d'II apparaissent donc pertinentes dans l'explication de l'anxiété sociale et l'II et ses dimensions pourraient s'avérer transdiagnostiques aux troubles anxieux.

### **Forces et limites**

Rappelons premièrement que très peu d'études ont été réalisées jusqu'ici auprès de populations cliniques. Une force de cette étude est qu'elle a été réalisée auprès d'une

population clinique, plus précisément auprès de patients ayant exprimé un besoin d'aide au plan psychologique et ayant été référés par un psychiatre à une unité de soin cognitivo-comportementale. Les participants de l'étude présentent donc des symptômes anxieux cliniquement significatifs et cela contribue à une meilleure généralisation des résultats à une population clinique. En plus du fait que peu d'études avaient étudié le lien entre l'II et les symptômes d'anxiété sociale auprès d'une population clinique, aucune ne l'avait fait en considérant le diagnostic différentiel et la comorbidité, ce qui a été fait pour la présente étude. Un diagnostic psychologique ainsi qu'un diagnostic différentiel des participants ont été faits par des évaluateurs formés à l'utilisation d'entrevues structurées et à l'évaluation des troubles anxieux et associés du DSM-IV-TR (APA, 2000).

De plus, la présente étude a permis un contrôle de la comorbidité par la méthode utilisée, en intégrant dans la première étape des régressions les mesures des symptômes des autres troubles anxieux que le trouble d'anxiété sociale, selon le DSM-IV-TR (APA, 2000). Cela a permis d'évaluer le lien entre l'II et les symptômes d'anxiété sociale en excluant l'effet des autres symptômes anxieux comorbides, étant donné que la plupart des participants de l'étude présentent des conditions comorbides, tel qu'évalué par les évaluateurs ayant effectué leur diagnostic psychologique. Le fait que les participants présentent un haut taux de comorbidité est d'ailleurs représentatif de la population clinique et favorise la généralisation des résultats.

Les instruments de mesure utilisés ont par ailleurs permis d'évaluer trois dimensions générales et six manifestations spécifiques d'II (III; Gosselin et al., 2008) en lien avec les symptômes et les trois dimensions de symptômes d'anxiété sociale (IPS; Connor et al., 2000; traduction française : Charrette et al., 2003). Cela permet de cibler avec plus de précision les liens entre ces deux construits. D'autres études répliquant une méthode similaire à celle-ci sont tout de même nécessaires pour approfondir davantage et confirmer les liens observés et mis en lumière dans la présente étude.

Une limite de cette étude est que le plan de recherche corrélationnel transversal utilisé ne permet pas de déterminer le sens du lien entre l'II et la phobie sociale. Cela limite ainsi les conclusions qui peuvent être tirées en matière de causalité, permettant seulement de conclure à la présence de liens bidirectionnels entre les variables à l'étude et de suggérer des hypothèses à investiguer. Les résultats ont permis de mettre en lumière le lien existant entre l'II et l'anxiété sociale, mais ne permettent pas d'affirmer si l'II joue un rôle sur le développement ou la sévérité des symptômes de phobie sociale ou encore si, dans l'autre sens, les symptômes de phobie sociale jouent un rôle dans le développement ou la généralisation des manifestations d'II. Pour pouvoir déterminer un lien de cause à effet entre l'II et les symptômes de phobie sociale, une étude longitudinale serait, par exemple, nécessaire et cela pourrait ainsi inspirer des pistes de recherches futures.

Une autre limite de la présente étude concerne le nombre limité de participants avec un diagnostic primaire de phobie sociale dans l'échantillon utilisé. Concernant la comparaison de groupes, le nombre de participants dans le groupe avec un diagnostic de phobie sociale est très faible et a pu influencer les résultats. En effet, peu de différences ont été observées entre le groupe phobie sociale et les autres groupes présentant d'autres troubles anxieux primaires, mis à part que leurs niveaux d'I, pour quelques manifestations spécifiques, sont apparus inférieurs aux niveaux d'I des groupes TAG et TOC. Il serait recommandé d'utiliser de plus grands groupes de patients avec les différents diagnostics de troubles anxieux pour les comparer sur le plan de l'I, afin d'approfondir plus clairement la spécificité de l'I au sein des différents troubles anxieux. Aussi, même au sein de l'échantillon total utilisé pour les régressions, peu de participants dans l'échantillon présentaient un diagnostic primaire de phobie sociale; Plusieurs présentaient des symptômes de phobie sociale, mais avec un autre trouble anxieux ou de l'humeur comme diagnostic principal. Ainsi, la présente étude dresse le lien entre l'I et les symptômes et dimensions de phobie sociale, auprès d'une population clinique anxieuse, mais ayant, pour la plupart, un autre diagnostic psychologique primaire que la phobie sociale, avec certains symptômes de phobie sociale. Afin de répondre à cette limite, il serait recommandé de répliquer l'étude avec un échantillon clinique comportant un plus grand nombre et une plus grande proportion de patients avec un diagnostic primaire de phobie sociale. Une autre proposition serait aussi d'utiliser un échantillon clinique incluant seulement des patients avec une phobie sociale primaire et excluant les autres troubles anxieux, dans le but d'un contrôle encore plus rigoureux de la comorbidité.



Enfin, une autre limite concerne le fait que, même si la présente étude a eu recours à des évaluateurs formés et même supervisés, ainsi qu'à une double évaluation, les évaluations n'ont pas nécessairement été faites en suivant à la lettre un instrument standardisé. L'utilisation d'un instrument et l'enregistrement des rencontres d'évaluation pourraient permettre une évaluation interjuge des évaluations diagnostiques et maximiser la validité de la procédure. Il s'agit toutefois de procédure fort coûteuse et parfois difficilement implantable en milieu clinique naturel.

### **Implications scientifiques et cliniques**

#### **Implications scientifiques**

La présente étude met en lumière l'existence d'un lien entre l'II et l'anxiété sociale. Elle ajoute aux études précédentes (Boelen & Reijntjes, 2009; Carleton et al., 2010; Teale Sapach et al., 2015; Whiting et al., 2013) ayant montré un tel lien, mais qui, pour la plupart, étaient des études non cliniques. La présente étude est la première à démontrer un lien entre l'II et la phobie sociale au sein d'une population clinique, où le diagnostic différentiel et la comorbidité sont considérés. Elle est la première étude clinique à étudier le lien entre les dimensions d'II et les trois dimensions de symptômes d'anxiété sociale (mesurées par l'IPS; Connor et al., 2000; traduction française : Charrette et al., 2003). Il ressort que l'II semble plus particulièrement associée aux symptômes cognitifs et comportementaux de l'anxiété sociale. Également, elle est la première étude ayant utilisé l'instrument de mesure III (Gosselin et al., 2008) pour étudier le lien entre l'II et l'anxiété

sociale. L'utilisation de cet instrument de mesure a ainsi permis d'identifier avec plus de précision des liens entre certaines des trois dimensions cognitives et émotionnelles générales et des six manifestations cognitives et comportementales spécifiques de l'II (Gosselin et al., 2008) et les symptômes et dimensions de symptômes de l'anxiété sociale. Elle fait ainsi ressortir la difficulté à tolérer l'arrivée d'un imprévu, l'évitement des incertitudes, le doute en contexte d'incertitude et la recherche de réassurance en contexte d'incertitude comme étant des dimensions et manifestations d'II semblant avoir un apport unique dans la prédiction des symptômes de phobie sociale. Ainsi, bien qu'il faille demeurer prudent dans les conclusions tirées, ces manifestations spécifiques d'II pourraient être identifiées comme des facteurs de risque dans le développement, le maintien et la sévérité des symptômes du trouble d'anxiété sociale. Au niveau des implications théoriques, la présente étude fait ressortir la pertinence de considérer l'ajout de certaines manifestations d'II (perception inacceptable des imprévus, évitement des incertitudes, doute en contexte d'incertitude), comme facteurs de risque possibles à inclure dans les modèles cognitifs-comportementaux déjà existants sur l'anxiété sociale (p. ex., Clark & Wells, 1995; Hofmann, 2007; Moscovitch, 2009; Rapee & Heimberg, 1997). Plus d'études sont toutefois nécessaires afin d'approfondir les liens observés dans la présente recherche et d'évaluer les possibles liens de causalité.

### **Implications cliniques**

Les résultats de cette étude s'avèrent un apport pertinent pour les intervenants en psychologie et en santé mentale travaillant avec des individus présentant des symptômes

d'anxiété sociale. Ils pourraient permettre d'identifier de nouvelles cibles de traitement possiblement pertinentes pour le trouble d'anxiété sociale. En effet, les résultats permettent d'entrevoir le rôle de l'II, plus précisément de l'évitement des incertitudes, du doute en contexte d'incertitude et de l'intolérance aux imprévus en tant que facteurs de risque face au développement et à la sévérité des symptômes de phobie sociale, puisque ces manifestations d'II sont liées à davantage de peur intense ou d'évitement des situations sociales. Le fait d'agir sur ces facteurs de risque, au plan préventif ou curatif, pourrait probablement bloquer le développement ou l'aggravation des symptômes d'anxiété sociale. Un plan d'intervention psychologique possible pour les cliniciens pourrait être de cibler simultanément l'évitement des incertitudes, le doute de soi en contexte d'incertitude et la perception inacceptable de l'arrivée d'un imprévu.

D'abord, concernant l'évitement des incertitudes, selon Hoffman (2007), non seulement l'exposition mais aussi la réduction des comportements sécurisants comme l'évitement aideraient à diminuer les symptômes de phobie sociale. Concrètement, le travail thérapeutique pourrait cibler la diminution de l'évitement des incertitudes, de façon cognitive (p. ex., éviter d'y penser) ou de façon comportementale (p. ex., éviter de s'exposer à des situations impliquant de l'incertitude). Il pourrait aussi viser à augmenter progressivement l'exposition cognitive et comportementale (in vitro), non seulement des situations sociales, mais aussi des situations incertaines, imprévues et nouvelles. Concernant le doute en contexte d'incertitudes, selon Hoffman (2007), améliorer la perception de soi et de ses capacités serait plus efficace que d'améliorer les habiletés elles-

mêmes pour aider à diminuer les symptômes de phobie sociale. Une cible d'intervention clinique auprès d'individus avec des symptômes de phobie sociale pourrait ainsi être de travailler l'amélioration de leur perception de soi et l'augmentation de leur confiance en leurs capacités personnelles, non juste en contexte social, mais aussi surtout dans les situations imprévues ou incertaines plus générales. Cela aurait pour but de viser à diminuer le doute de soi en contexte d'incertitude, ce qui englobe un spectre plus large de situations de la vie en général. Enfin, concernant la tendance à ne pas supporter l'arrivée d'un imprévu et le fait de devoir y faire face, il serait pertinent de cibler l'intolérance à l'incertitude en général comme facteur vulnérabilisant pour les symptômes d'anxiété sociale. Les cliniciens pourraient plus particulièrement cibler la perception négative des imprévus de la vie ainsi que la peur face à ceux-ci. Plus précisément, le travail thérapeutique pourrait viser à diminuer la crainte des imprévus et à améliorer la perception et l'ouverture face aux imprévus et face aux situations nouvelles et spontanées de la vie. Le fait d'avoir préalablement ciblé à améliorer la confiance et le contact avec les capacités personnelles pourrait d'ailleurs contribuer à une plus grande ouverture et plus de confiance face aux imprévus et aux incertitudes. Le travail thérapeutique pourrait aussi inclure de faire vivre des expériences positives et valorisantes, en lien avec des situations nouvelles, imprévues ou comportant de l'incertitude, par exposition progressive. Bref, un plan d'intervention psychologique auprès d'individus avec des symptômes de phobie sociale pourrait viser à travailler simultanément l'amélioration de leur perception de soi, de leur contact et leur confiance en leurs capacités personnelles, non seulement sociales mais dans les diverses situations imprévues et incertaines de la vie en général, l'amélioration de leur

perception des imprévus de la vie et de leur ouverture à des situations nouvelles incertaines ainsi que la diminution de leur évitement cognitif ou comportemental des incertitudes et des imprévus de la vie.

Concernant la recherche de réassurance en contexte d'incertitude, alors que les résultats semblent indiquer que les individus ayant tendance à éviter les situations sociales priorisent moins les comportements sécurisants nécessitant les contacts sociaux, cela indique qu'une cible supplémentaire d'intervention pourrait être d'aider les individus avec des symptômes d'anxiété sociale à développer et améliorer leurs habiletés interpersonnelles et leur confiance en celles-ci. Beidel et al. (2014) ont d'ailleurs montré l'efficacité d'un traitement psychologique incluant l'entraînement à améliorer les habiletés sociales et la confiance en celles-ci, auprès d'individus avec de l'anxiété sociale. Enfin, la recherche de réassurance auprès d'autrui pourrait être une première cible d'exposition, dans un plan d'intervention auprès de personnes avec des symptômes de phobie sociale; Il pourrait, par exemple, leur être proposé d'aller vérifier les impressions auprès des autres. Bien qu'il s'agisse d'une forme de comportement sécurisant visant à diminuer l'anxiété, cela procure du même coup une forme d'exposition aux situations sociales. Il s'agirait d'une première étape d'exposition en douceur, préliminaire à de prochaines étapes d'exposition à d'autres situations sociales ou encore à d'autres situations incertaines ou imprévues.

## **Conclusion**

En conclusion, cette étude a permis de faire ressortir l'existence de liens entre l'II et l'anxiété sociale, auprès de patients souffrant de troubles anxieux et de l'humeur et ayant été référés en clinique spécialisée. Les résultats montrent que certaines manifestations précises d'II, c'est-à-dire la tendance à ne pas tolérer les imprévus, l'évitement des incertitudes, le doute en situations incertaines et la recherche de réassurance en contexte d'incertitude, ressortent comme étant spécifiquement associées aux symptômes ou dimensions de symptômes d'anxiété sociale. Plus précisément, l'évitement des incertitudes est associé à plus de symptômes de phobie sociale, incluant ses trois dimensions de symptômes, soit la peur excessive des situations sociales (dimension cognitive), les comportements d'évitement des situations sociales (dimension comportementale) et l'intensité des manifestations physiologiques d'anxiété devant autrui, comme la transpiration ou le rougissement (dimension physiologique); Le doute en situations incertaines est associé à plus de symptômes de phobie sociale, incluant la peur excessive des situations sociales (dimension cognitive); La tendance à ne pas tolérer les imprévus est associée à plus de symptômes cognitifs de phobie sociale, soit la peur excessive des situations sociales; Finalement, la recherche de réassurance auprès d'autrui en contexte d'incertitude est associée à moins de symptômes comportementaux de phobie sociale, soit à moins d'évitement des situations sociales. Les résultats appuient d'ailleurs la contribution unique de ces manifestations spécifiques d'II dans l'explication des symptômes ou dimensions de symptômes d'anxiété sociale, indépendamment des

symptômes d'autres troubles anxieux associés et des variables cognitives identifiées pertinentes dans l'explication du trouble d'anxiété sociale, soit la peur du jugement négatif et la sensibilité à l'anxiété. Il se dégage de ses résultats que l'évitement des incertitudes, la tendance à douter en situations incertaines et la tendance à ne pas supporter l'arrivée d'imprévus pourraient possiblement représenter des facteurs de risque en lien avec le développement, le maintien ou la sévérité des symptômes du trouble d'anxiété sociale. Cette hypothèse se doit tout de même d'être vérifiée par d'autres études ultérieures, étant donné la limite du présent plan de recherche, ne permettant pas de confirmer le lien de cause à effet entre les deux variables. Ceci appuie d'ailleurs la pertinence de mener d'autres recherches portant sur le lien entre l'II et la phobie sociale.

La présente étude se distingue par le choix des outils de mesure ayant permis d'évaluer neuf dimensions générales et spécifiques d'II (III; Gosselin et al., 2008) ainsi que trois dimensions de symptômes de phobie sociale (IPS; Connor et al., 2000; traduction française : Charrette et al., 2003). Elle est la première à étudier le lien entre, d'une part, les trois dimensions générales et les six manifestations spécifiques d'II en relation avec, d'autre part, les symptômes et les trois dimensions de phobie sociale. Cette nouveauté a permis d'identifier avec plus de précision, quelles dimensions d'II, telles que les quatre mentionnées ci-haut, apparaissent plus spécifiquement associées aux symptômes et dimensions d'anxiété sociale, au sein d'une population clinique. Cette étude se distingue d'ailleurs également par la population ciblée étant une population clinique constituée de patients présentant des troubles anxieux et de l'humeur, ayant exprimé un besoin d'aide



au plan psychologique et ayant été référés par un psychiatre à une clinique spécialisée dans les troubles anxieux et de l'humeur. Il s'agit de la première étude clinique à mettre en lumière l'existence de liens entre l'II et l'anxiété sociale, en considérant le diagnostic différentiel tel qu'évalué par des cliniciens de l'UTCC et en contrôlant pour la comorbidité par les stratégies d'analyses utilisées. Cet ajout permet une meilleure généralisation des résultats à la population clinique et permet aussi de distinguer que le lien entre l'II et la phobie sociale ressort indépendamment de l'effet des symptômes d'autres troubles anxieux.

Considérant la prévalence élevée du trouble d'anxiété sociale ainsi que ses conséquences et impacts individuels et sociaux, cette étude contribue à l'avancement des connaissances sur le trouble d'anxiété sociale. Elle apporte un éclairage supplémentaire aux professionnels travaillant avec des personnes souffrant de symptômes d'anxiété sociale. En effet, elle fait ressortir la pertinence d'inclure l'II, s'avérant associée à une plus grande sévérité des symptômes du trouble d'anxiété sociale, au sein du travail thérapeutique, comme cible supplémentaire à évaluer, d'une part, et à travailler dans les pistes d'intervention, d'autre part.

Certains questionnements demeurent suite à la présente étude, supportant la pertinence de mener d'autres études pour permettre une meilleure compréhension du rôle de l'II dans le trouble d'anxiété sociale et pour mieux élucider ses effets à long terme sur les symptômes de phobie sociale. Par exemple, quel est le rôle de l'II en lien avec

l'aggravation de symptômes de phobie sociale à long terme? Quels sont ses effets en lien avec la généralisation de la peur ou de l'évitement? Y a-t-il un lien de cause à effet entre l'II et l'anxiété sociale et quel est le sens de ce lien : est-ce que l'II cause des symptômes de phobie sociale? Ou encore peut-être est-ce la phobie sociale qui mène à une généralisation de l'II? Il serait pertinent de vérifier les effets à long terme des symptômes de phobie sociale sur l'II et ses différentes manifestations spécifiques. Aussi, d'autres questionnements émergent de la présente recherche par rapport au rôle de l'II, non seulement dans la phobie sociale, mais aussi dans l'ensemble des autres troubles anxieux, pouvant inspirer d'autres recherches futures. Par exemple, est-ce que certaines manifestations précises d'II seraient plus spécifiques à certains troubles anxieux? Par exemple, ce pourrait-il que l'évitement des incertitudes et le doute en situations incertaines constituent des manifestations d'II plus spécifiques à l'anxiété sociale et que d'autres manifestations d'II apparaissent spécifiques à d'autres troubles anxieux? Dans cette suite, l'II pourrait-elle constituer un facteur de risque transdiagnostique?

## Références

- Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M., Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 115, 421-429.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV* (4e éd.). Washington, DC: Auteurs.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4e éd., text revised). Washington, DC: Auteurs.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Antony, M. M., Coons, M. J., McCabe, R. E., Ashbaugh, A. R., & Swinson, R. P. (2006). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory: Further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1177-1185. doi : 10.1016/j.brat.2005.08.013
- Asmundson, G. J. G., & Stein, M. B. (1994). Selective processing of social threat in patients with generalized social phobia: Evaluation using a dot-probe paradigm. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 107-117.
- Beidel, D. C., Alfano, C. A., Kofler, M. J., Rao, P. A., Scharfstein, L., & Wong Sarver, N. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 908-918.
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, 31, 1198-1208.
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 130-135.
- Boisvert, J-M., & Beaudry, M. (2012). *S'affirmer et communiquer*. Montréal, Québec : Les Éditions de l'Homme.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 222-236.

- Carleton, R. N., Abrams, M. P., Asmundson, G. J. G., Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2009). Pain-related anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 791-798.
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. G. (2010). « It's not just the judgements – it's that I don't know » : Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 189-195. doi : 10.1016/j.janxdis.2009.10.007
- Carleton, R. N., Duranceau, S., Freeston, M. H., Boelen, P. A., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2014). 'But it might be a heart attack': Intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 463-470.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 468-479.
- Carleton, R. N., Norton, P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007a). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 105-117.
- Carleton, R. N., Sharpe, D., & Asmundson, G. J. G. (2007b). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2307- 2316.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Charrette, J., Léveillé, C., O'Connor, K., Péliissier, M.-C., & St-Jean-Trudel, E. (2003, août). *SPIN – Version Française*. Centre de Recherche Fernand-Seguin, Montréal, QC.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Dans R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Éds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York, NY: The Guilford Press.
- Connor, K. M., Davidson, J., Churchill, E., Sherwood, A., & Weisler, R. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI/NEO-FFI Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cogle, J. R., Fitch, K. E., Fincham, F. D., Riccardi, C. J., Keough, M. E., & Timpano, K. R. (2012). Excessive reassurance seeking and anxiety pathology: Test of incremental associations and directionality. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 117-125.
- Deschênes, S. S., & Dugas, M. J. (2013). Sudden gains in the cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 805-811.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001a). Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété. Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11(1), 31-36.
- Dugas, M. J., Gagnon, E., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001b). Intolerance of uncertainty and worry: investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551-558. doi : 10.1023/A:1005553414688
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A. (2005a). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 57-70. doi : 10.1007/s10608-005-1648-9
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24(5), 635-657.
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005b). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 329-343.
- Duplessis, E. (2009). *Intolérance à l'incertitude et personnalité* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.

- Farmer, A. S., Gros, D. F., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2014). Clinical predictors of diagnostic status in individuals with social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1906-1913.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders, research version, patient edition*. New York, NY: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J., & Herbert, J. D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(3), 433-439.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35. doi : 10.1037/0033-2909.99.1.20
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. doi : 10.1016/0191-8869(94)90048-5
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdiere, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1427-1439. doi :10.1016/j.janxdis.2008.02.005
- Hajcak, G., Huppert, J. D., Simons, R. F., & Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 115-123.
- Hale, W., Richmond, M., Bennett, J., Berzins, T., Fields, A., Weber, D., Beck, M., & Osman, A. (2016). Resolving Uncertainty about the Intolerance of Uncertainty Scale-12: Application of Modern Psychometric Strategies. *Journal of Personality Assessment*, 98(2), 200-208. doi : 10.1080/00223891.2015.1070355
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 392-399.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193-209. doi :10.1080/16506070701421313

- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E., (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158-174.
- Jacoby, R. J., Fabricant, L. E., Leonard, R. C., Riemann, B. C., & Abramowitz, J. S. (2013). Just to be certain: Confirming the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(5), 535-542.
- Kaplan, S. C., Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., Menatti, A., & Weeks, J. W. (2015). Social Anxiety and the Big Five Personality Traits: The Interactive Relationship of Trust and Openness. *Cognitive Behavior Therapy*, 44(3), 212-222.
- Katz, D., Rector, N. A., & Laposa, J. M. (2017). The interaction of distress tolerance and intolerance of uncertainty in the prediction of symptom reduction across CBT for social anxiety disorder, *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 459-477. doi : 10.1080/16506073.2017.1334087
- K  rouack, J., Boisvert, J. M., & Prévost, M. J. (1987). Traduction et adaptation de la version abrégée (Leary, 1983) du *Fear of Negative Evaluation Scale*, Hôpital L.-H. Lafontaine.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 19-27.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing* (2e   d.). London, Routledge.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(2), 139-152.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Boisvert, J.-M. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, 30, 191-207.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.



- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Lecrubier, Y., Wittchen, H. U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A., & Knapp, M. (2000). A European perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 15, 5-16.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57(9), 859-866.
- Lundh, L. G., & Sperling, M. (2002). Social anxiety and the post-event processing of socially distressing events. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 129-134.
- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). Changes in intolerance of uncertainty during cognitive behavior group therapy for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 849-854.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- McCrae, R. R. (1994). Openness to experience: Expanding the boundaries of factor V. *European Journal of Personality*, 8, 251-272. doi: 10. 1002/per.2410080404
- Moscovitch, D. A. (2009). What Is the Core Fear in Social Phobia? A New Model to Facilitate Individualized Case Conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 123-134. doi : 10.1016/j.cbpra.2008.04.002
- Musa, C., Kostogianni, N., & Lépine, J.-P. (2004). The Fear of Negative Evaluation scale (FNE): Psychometric properties of the French version. *Encéphale*, 30, 517-524.
- Nelson, B. D., Weinberg, A., Pawluk, J., Gawlowska, M., & Proudfit, G. H. (2015). An Event-Related Potential Investigation of Fear Generalization and Intolerance of Uncertainty. *Behavior Therapy*, 46, 661-670.
- Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 135(6), 974-999. doi : 10. 1037/A0017428
- Pelissolo, A. (2012). Thérapies comportementales et cognitives des phobies sociales : programmes classiques et nouvelles approches. *Annales Médico-Psychologiques*, 170, 289-292.

- Plasencia, M. L., Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2011). Differential effects of safety behavior subtypes in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 665-675.
- Radomsky, A. S., Ashbaugh, A. R., Saxe, M. L., Ouimet, A. J., Golden, E. R., Lavoie, S. L., & O'Connor, K. P. (2006). Psychometric properties of the French and English versions of the Social Phobia Inventory. *Canadian Journal Of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 38(4), 354-360. doi : 10.1037/cjbs2006021
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756. doi : 10.1016/S0005-7967(97)00022-3
- Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Rector, N. A., Kamkar, K., Cassin, S. E., Ayearst, L. E., & Laposa, J. M. (2011). Assessing excessive reassurance seeking in the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 911-917.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 24(1), 1-8.
- Riskind, J. H. (2005). Cognitive mechanisms in generalized anxiety disorder: A second generation of theoretical perspectives. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 1-5. doi : 10.1007/s10608-005-1644-0
- Rodriguez, B. F., Bruce, S. E., Pagano, M. E., Spencer, M. A., & Keller, M. B. (2004). Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 79-91. doi : 10.1016/S0005-7967(03)00074-3
- Sarawgi, S., Oglesby, M. E., & Coughle, J. R. (2013). Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive symptom expression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 456-462.
- Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(6), 525-537.

- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M. C. (1998). Validation du Questionnaire des sensations physiques auprès de la population canadienne-française. *Encéphale*, 24, 415-425.
- Stephenson, R., Marchand, A., Lavallée, M. C., & Brillon, P. (1994, octobre). *Translation and transcultural validation of the Anxiety Sensitivity Index*. Communication présentée au XXVI<sup>e</sup> Congrès International de Psychologie, Montréal, QC.
- Stravynski, A., Kyparissis, A., & Amado, D. (2010). Social phobia as a deficit in social skills. Dans S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Éds), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (pp. 147-181). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, R.,...& Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188. doi : 10.1037/1040-3590.19.2.176
- Teale Sapach, M. J. N., Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Weeks, J. W., & Heimberg, R. G. (2015). Cognitive constructs and social anxiety disorder: Beyond fearing negative evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(1), 63-73. doi : 10.1080/16506073.2014.961539
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Magee, L. (2008). Social anxiety disorder. Dans D. H. Barlow (Éds), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 123-163). New York, NY, US: Guilford Press.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 17, 179-190. doi : 10.1037/1040-3590.17.2.179
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.

- Whiting, S. E., Jenkins, W. S., May, A. C., Rudy, B. M., Davis III, T. E., & Reuther, E. T. (2013). The Role of Intolerance of Uncertainty in Social Anxiety Subtypes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*(4), 448-457.
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry, 15*, 46-58.
- Zermatten, A., Van der Linden, M., Jermann, F., & Ceschi, G. (2006). Validation of a French version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *European Review of Applied Psychology, 156*, 151-155.
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index. *Psychological Assessment, 9*, 277-284.

## **Appendice A**

### Questionnaire d'informations générales

## QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

### UNITÉ DE THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE

1. Âge : \_\_\_\_\_ ans

2. Sexe :

☐ 1. Féminin

☐ 2. Masculin

### SCOLARITÉ

3. Quel est votre dernier niveau de scolarité complété ?

☐ 1. Primaire

☐ 2. Secondaire

☐ 3. Collégial, précisez le programme : \_\_\_\_\_

☐ 4. Universitaire, précisez le programme : \_\_\_\_\_

Précisez le niveau :

☐ Certificat

☐ Baccalauréat

☐ Maîtrise

☐ Doctorat

☐ 5. Autre, précisez : \_\_\_\_\_

### OCCUPATION PRINCIPALE ACTUELLE

4. Quelle est votre occupation principale actuelle ?

☐ 1. Emploi rémunéré à temps plein

☐ 6. Recherche d'emploi

☐ 2. Emploi rémunéré à temps partiel

☐ 7. Invalidité

☐ 3. Emploi saisonnier

☐ 8. À la maison

☐ 4. Aux études

☐ 9. Arrêt de travail

☐ 5. Retraité(e)

## **STATUT CIVIL**

**5. Quel est votre statut civil actuel ? (cochez une seule case)**

☐ 1. Marié(e)

☐ 2. Conjoint(e) de fait

☐ 3. Célibataire

☐ 4. Veuf(ve)

☐ 5. Séparé(e)

☐ 6. Divorcé(e)

**S.V.P., répondre à toutes les questions. Merci !**

## **Appendice B**

### **Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude**



### **III – Partie A**

(Gosselin, Ladouceur, Evers, Laverdiere, Routhier, & Tremblay-Picard, 2008)

**Document retiré pour respect du droit d’auteur.**

### **III – Partie B**

(Gosselin, Ladouceur, Evers, Laverdiere, Routhier, & Tremblay-Picard, 2008)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

## **Appendice C**

### **Inventaire de Phobie Sociale**

## **INVENTAIRE DE PHOBIE SOCIALE (IPS)**

(Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, & Weisler, 2000; traduction française : Charrette, Léveillé, O'Connor, Pélissier, & St-Jean-Trudel, 2003)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

## **Appendice D**

Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété

# **Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA)**

(Dugas, Freeston, Provencher, Lachance, Ladouceur, & Gosselin, 2001)

---

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

## **Appendice E**

### **Inventaire des Obsessions et des Compulsions-Révisé**

# **Questionnaire OCI-R**

(Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak, & Salkovskis, 2002 ; Version française : Zermatten, Van der Linden, Jermann, & Ceschi, 2006)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**



## **Appendice F**

### **Questionnaire des Sensations Physiques**

# **QUESTIONNAIRE SUR LES SENSATIONS PHYSIQUES (QSP)**

(Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

## **Appendice G**

### **Échelle de Peur du Jugement Négatif d'Autrui**

## P.J.N.A.

(Traduction et adaptation de la version abrégée (Leary, 1983) du FNE (Watson & Friend, 1969) par Jocelyne K  rouack, Jean-Marie Boisvert et Marie-Josée Prévost, Hôpital Louis H. Lafontaine, 1987. Tous droits réservés.)

**Document retiré pour respect du droit d’auteur.**

## **Appendice H**

### **Index de Sensibilité à l'Anxiété**

## **Index de Sensibilité à l'anxiété**

(Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**